

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO

ÉRICA ANTONIO DE SOUZA

**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA PERSPECTIVA DA NÃO
MEDICALIZAÇÃO DA QUESTÃO SOCIAL NO NAPS I DE SANTOS**

Santos

2015

ÉRICA ANTONIO DE SOUZA

**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA PERSPECTIVA DA NÃO
MEDICALIZAÇÃO DA QUESTÃO SOCIAL NO NAPS I DE SANTOS**

Trabalho de Conclusão de Curso elaborado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, orientado pela Professora Doutora Silvia Maria Tagé Thomaz, do curso de Serviço Social, da Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista.

Santos

2015

S729a	<p>Souza, Érica Antonio de, 1984-</p> <p>A atuação do assistente social na perspectiva da não medicalização da questão social no NAPS I de Santos. / Érica Antonio de Souza ; Orientador: Profa. Dra. Silvia Maria Tagé Thomaz. – Santos, 2015. 78 f. : 30 cm.</p> <p>Trabalho de conclusão de curso (graduação) – Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista, Curso de Serviço Social, 2015.</p> <p>1. Serviço social. 2. Saúde mental. 3. Medicalização. 4. Santos/SP. I. Thomaz, Silvia Maria Tagé, Orientador. II. Título.</p> <p>CDD 361.3</p>
-------	--

ÉRICA ANTONIO DE SOUZA

**A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA PERSPECTIVA DA NÃO
MEDICALIZAÇÃO DA QUESTÃO SOCIAL NO NAPS I DE SANTOS**

APROVAÇÃO EM: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

NOTA:_____

Professora Doutora Silvia Maria Tagé Thomaz

Professora Doutora Maria Aparecida de Oliveira

Aos meus pais,

José e Geni.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, por terem sido exemplo de que ao acreditar em uma criança se cria adultos que chegam longe. Mais longe, talvez, do que pudessem imaginar. A “Seu” José, devo a força de seguir sempre em frente e a lição de que o estudo é ferramenta de mudanças de vidas. À Dona Geni, por toda a dedicação desde o acompanhamento nas lições do pré, até a preocupação e o amor que incondicionalmente planta diariamente por onde passa.

A Eusébio, Edimir, Elizabeth e Eliane, meus irmãos que, por nossa grande diferença de idade, me ensinaram, cada um a seu modo, grandes lições de vida e me deram nove presentes que eu tenho a felicidade de poder chamar de sobrinhos. Razões que me impulsionam a querer deixar um amanhã melhor.

Ao meu companheiro, Jeronimo, por estar ao meu lado e me incentivar durante toda a jornada acadêmica. Sempre com uma opinião crítica sobre os materiais acadêmicos que produzia durante esses quatro anos. Suscitando sempre minhas potencialidades na escrita e fazendo com que seguisse mais segura na jornada.

À Professora Doutora, minha orientadora e, acima de tudo, grande ser humano, Silvia Maria Tagé Thomaz, por desmistificar as exigências burocráticas da instituição e colocar em prática o que aprendemos na graduação: olhar o ser humano, sempre atenta aos seus limites e possibilidades.

A todos os mestres que passaram em minha vida, em especial ao corpo docente da UNIFESP (Universidade Federal de São Paulo), Campus Baixada Santista, por lutarem pela criação e permanência do Curso de Serviço Social nessa instituição e dedicarem grande parte de sua vida ao aperfeiçoamento desse.

Aos colegas da turma que, juntos superaram as dificuldades que apareceram ao longo do caminho compartilhando aflições, saberes, vivências. Saibam que cada um, em sua singularidade, é parte importantíssima desse processo.

Aos profissionais e usuários do Núcleo de Apoio Psicossocial I, em especial às assistentes sociais, Rosângela e Martha, pela acolhida e a troca de saberes.

Não seria possível sem vocês.

Sinceramente grata!

*Não estamos perdidos.
Ao contrário, venceremos se não
tivermos desaprendido a aprender.
Rosa Luxemburgo*

RESUMO

Este estudo se propõe a entender como tem se dado a atuação do assistente social do NAPS I de Santos na perspectiva da não Medicalização da Questão Social e a partir da proposta da reforma psiquiátrica da qual fez parte a criação dos NAPS e CAPS. Através da análise da totalidade da realidade em que se dão essas relações, o estudo buscará identificar ações deste profissional na instituição que contribuam para o processo de tratamento do usuário, seus limites e possibilidades. Para a realização do estudo foi realizado levantamento bibliográfico, tanto no campo da saúde mental, quanto no campo profissional do Serviço Social e das legislações e normativas que os direcionam, assim como a realização de entrevista semiestruturada com as assistentes sociais que atuam na instituição pesquisada.

Palavras-chave: Serviço Social; Saúde mental; Medicalização; Questão Social.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AGEM – Agência Metropolitana da Baixada Santista

AMBESP – Ambulatório de Especialidades

Anvisa - Agencia Nacional de Vigilância Sanitária

AT – Acompanhante Terapêutico

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CFESS- Conselho Federal de Serviço Social

CID – Classificação Internacional de Doenças

COFORM – Coordenadoria de Formação e Educação Continuada em Saúde

Cremesp – Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

ENSP- Escola Nacional de Saúde Pública

GAM- Gestão Autônoma da Medicação

HD – Hospitalidade Dia

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH- Índice de Desenvolvimento Humano

IDHM – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

LOAS – Lei Orgânica de Assistência Social

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

NAPS – Núcleo de Atenção Psicossocial

RAAS - Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde

SERP- Serviço de Reabilitação Psicossocial

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TO – Terapia Ocupacional

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo

USP – Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
CAPÍTULO 1.....	14
TRANSTORNO MENTAL NA HISTÓRIA DA HUMANIDADE.....	14
1.1. TRANSTORNO MENTAL.....	18
1.2. TRANSTORNO MENTAL NO BRASIL.....	22
1.3. REFORMA PSIQUIÁTRICA E A CONQUISTA DOS NÚCLEOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL.....	24
1.4. NAPS I DE SANTOS.....	27
CAPÍTULO 2.....	28
MEDICALIZAÇÃO/ QUESTÃO SOCIAL.....	28
2.1. O USO DE MEDICAMENTOS NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO MENTAL.....	30
2.2. MEDICALIZAÇÃO.....	32
2.3. MEDICALIZAÇÃO DA QUESTÃO SOCIAL.....	34
CAPÍTULO 3.....	39
O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL.....	39
3.1. A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NÚCLEO DE APOIO PSICOSSOCIAL - NAPS I DE SANTOS	45
3.2. PESQUISA DE CAMPO.....	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	58
REFERÊNCIAS.....	62
ANEXOS.....	66

INTRODUÇÃO

O presente estudo se propõe a partir das indagações resultantes da observação da prática cotidiana do profissional de Serviço Social no NAPS I (Núcleo de Atenção Psicossocial) da cidade de Santos-SP, durante o período de estágio supervisionado realizado na unidade.

Ao acompanhar e fazer parte da dinâmica da unidade, é possível observar que alguns usuários, muitas vezes, estão impossibilitados de realizar tarefas do cotidiano por conta de dificuldades motoras e/ou cognitivas oriundas dos efeitos colaterais da medicação psiquiátrica.

Diante dessa realidade, constantemente me pergunto se realmente necessitam ingerir a quantidade de medicamentos que ingerem e se uma melhora em sua condição social não seria peça fundamental em sua recuperação. Questiono-me diariamente sobre a contribuição que a intervenção do assistente social tem nesse processo e quais seriam seus limites e possibilidades.

Ao sentir grande inquietação, iniciei levantamento bibliográfico sobre essa temática a fim de poder contribuir de alguma forma no processo de tratamento desses sujeitos. O primeiro contato com essa realidade e também com a produção científica sobre o tema me fez perceber quão necessário é que mais estudos sejam realizados sobre o tema, abordando o Serviço Social como área do saber que tem muito a contribuir nessa dinâmica, pois a partir do contexto da Reforma Psiquiátrica, o assistente social passa a ser um dos profissionais participantes da equipe multidisciplinar que atua nos NAPS/CAPS.

Através de uma análise e de seu conhecimento teórico metodológico, ético-político e técnico-operativo, espera-se que o profissional busque uma intervenção eficaz e capaz de abranger o contexto social do sujeito em questão. Entendendo esta contribuição como um fator determinante no processo de recuperação e, a fim de evitar que a intervenção se resuma ao encaminhamento ao psiquiatra para posterior medicação e suposto controle da doença, excluindo assim quaisquer determinantes sociais que possam estar envolvidos nesse movimento. Desta forma, pretende-se refletir a atuação do profissional na perspectiva da não medicalização da Questão Social, a fim de identificar ações que contribuam para o tratamento dos sujeitos.

A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica, a fim de compreendermos algumas categorias abordadas no trabalho para melhor discussão sobre as mesmas, e também

a realização de entrevista semiestruturada direcionada às profissionais de Serviço Social da instituição.

Cogitou-se a realização de levantamento dos dados da farmácia da unidade, mas essa não foi possível devido a barreiras institucionais encontradas no decorrer do processo de pesquisa.

A organização do estudo se dá em três capítulos: o primeiro apresentará um levantamento acerca do transtorno mental na história da humanidade a fim de levar o leitor a um conhecimento mais profundo sobre o que são os transtornos mentais e as diferentes formas como foram tratados em diferentes períodos da história. Em seguida será abordada a forma como esse processo se deu no Brasil até os dias de hoje: períodos pré e pós Reforma Psiquiátrica.

Partindo da realidade do Movimento de Reforma Psiquiátrica, pretende-se apresentar ao leitor, como se deu a conquista do Núcleo de Apoio Psicossocial I de Santos – NAPS I. Nesta parte do trabalho, além de dados obtidos a partir de pesquisa bibliográfica, a pesquisadora relatará, a partir de sua experiência atual de estágio na instituição, como funciona a dinâmica da unidade nos dias de hoje. O segundo capítulo apresenta como se deu o processo que revolucionou o que se conhecia até então sobre tratamento de transtornos mentais: o uso de medicamentos.

Será apresentado como essa revolução pode ser considerada um fator que contribui para o tratamento dos usuários, porém também causa um movimento que nem sempre os beneficia. É neste capítulo que a pesquisa busca refletir sobre a necessidade da Questão Social ser considerada e combatida no tratamento do transtorno mental para melhores resultados e redução de danos no usuário. Para isto, o estudo explora os conceitos de Medicalização e Questão Social.

Como a pesquisa se debruça na atuação do assistente social no contexto de medicalização de transtornos mentais, o capítulo três buscará aproximar o leitor o máximo possível da realidade pesquisada e abordará o trabalho do assistente social a partir da perspectiva de suas atribuições no âmbito da saúde mental. Estarão também nesse capítulo as entrevistas realizadas com os profissionais da instituição. Serão explicitados os caminhos percorridos desde sua elaboração, até sua execução e sistematização.

Por fim, o estudo é concluído com as considerações da pesquisadora a partir das informações coletadas ao longo do trabalho. É nesse item que uma reflexão mais profunda sobre a atuação profissional do Serviço Social na saúde mental, com base nos dados obtidos, propõe um movimento de repensar o modo com o qual se dá a intervenção profissional, quais

as possibilidades e os enfrentamentos a serem feitos com base nos fatores imbricados neste processo.

CAPÍTULO 1

TRANSTORNO MENTAL NA HISTÓRIA DA HUMANIDADE

Embora a ciência não tenha até os dias de hoje conseguido definir as causas específicas dos transtornos mentais, acredita-se que esses sempre estiveram presentes na história da humanidade e que, apesar da concepção psiquiátrica à qual temos acesso na atualidade, esses transtornos já foram compreendidos de diversas maneiras, em diferentes períodos. Os registros que se têm sobre a “loucura” na Grécia Antiga demonstram como o conceito é relativo a depender de vários fatores, tais como: cultura, religião, moral e relações sociais presentes em dada sociedade.

Naquele contexto, a “loucura” não era considerada algo negativo e muito menos uma doença, pelo contrário: aqueles que a experienciavam eram denominados privilegiados. Segundo alguns filósofos da época, como Sócrates e Platão, através da loucura era possível experimentar o divino. Isso, porém, não significava que os loucos deveriam conviver normalmente com os outros homens, pois acreditava-se que o sagrado deveria manter certa distância das experiências terrenas.

Durante o século XV, a Europa estava acostumada a afastar seus leprosos, internando-os em hospitais distantes com o intuito de excluí-los do convívio social. Após quase dois séculos da superação da lepra, a loucura começara a ser considerada como algo do qual também se deveria manter distância, tal qual uma praga substituta naquele contexto. O louco sofria a exclusão, mas diferentemente dos leprosos, não era internado. A conduta era colocá-lo em um barco sem rumo, aliás, com qualquer rumo que não fosse a cidade de onde houvera partido. Era uma dura exclusão maquiada de viagem de purificação onde o louco supostamente encontraria sua verdade.

Mas de todas essas naves romanescas ou satíricas, a *Narrenschiff* é a única que teve existência real, pois eles existiram, esses barcos que levavam sua carga insana de uma cidade para outra. Os loucos tinham então uma existência facilmente errante. As cidades escoraçavam-nos de seus muros; deixava-se que corresse pelos campos distantes, quando não eram confiados a grupos de mercadores e peregrinos. Esse costume era frequente particularmente na Alemanha: em Nuremberg, durante a primeira metade do século XV, registrou-se a presença de 62 loucos, 31 dos quais foram escoraçados. (FOUCAULT, 1978, p.13)

Essa passou a ser uma prática constante na vida da sociedade europeia: várias naus com destinos distintos eram enviadas de cidade a cidade. Essa prática foi registrada em pinturas da época. Uma das obras mais conhecidas é a *Nau dos Loucos* do pintor holandês Hieronymus Bosch, na qual o artista retrata um barco partindo com várias pessoas a bordo em momentos que podem ser interpretados como devassidão e profanidade.

Um objeto novo acaba de fazer seu aparecimento na paisagem imaginária da Renascença; e nela, logo ocupará lugar privilegiado: é a Nau dos Loucos, estranho barco que desliza ao longo dos calmos rios da Renânia e dos canais flamengos. (FOUCAULT, 1978, p.11-12)

Há relatos de que nem todas as cidades lidavam com a loucura dessa forma, porém nenhum tipo de tratamento era sequer cogitado na época.

Mas há outras cidades, como Nuremberg, que certamente não foram lugar de peregrinação e que acolheram grande número de loucos, bem mais que os que podiam ser fornecidos pela própria cidade. Esses loucos são alojados e mantidos pelo orçamento da cidade, mas não tratados: são pura e simplesmente jogados na prisão. É possível supor que em certas cidades importantes — lugares de passagem e de feiras — os loucos eram levados pelos mercadores e marinheiros em número bem considerável, e que eles eram ali "perdidos", purificando-se assim de sua presença a cidade de onde eram originários. Pode ser que esses lugares de "contraperegrinação" tenham acabado por se confundir com aqueles pontos para onde, pelo contrário, os insanos eram levados a título de peregrinos. A preocupação de cura e de exclusão juntavam-se numa só: encerravam-nos no espaço sagrado do milagre. (FOUCAULT, 1978, p.16)

Já no século XVII, casas de internamento que também apresentavam caráter punitivo foram criadas a fim de que estas fossem consideradas seu lugar natural, o local ao qual os doentes (que na época, todavia não eram assim denominados) pertenciam apenas pelo fato de experienciarem a loucura.

E sabido que o século XVII criou vastas casas de internamento; não é muito sabido que mais de um habitante em cada cem da cidade de Paris viu-se fechado numa delas, por alguns meses. É bem sabido que o poder absoluto fez uso das cartas régias e de medidas de prisão arbitrárias; é menos sabido qual a consciência jurídica que poderia animar essas práticas. (FOUCAULT, 1978, p.55)

O número de casas de internamento continua a aumentar no século XVIII. É interessante ressaltar que elas não somente eram incumbidas de ser lugar de louco, mas de todos aqueles que não se enquadravam naquela sociedade. Sendo assim, os loucos conviviam com criminosos e com aqueles que eram considerados vagabundos. Pode-se considerar que a prática do internamento advém dessa época. Essa forma de lidar com a loucura contribuiu em grande parte para a construção do estigma que o doente mental sofre ainda hoje. Ao mesmo tempo, esse período ficou marcado como o momento em que a Europa se questionou sobre o modo como lidava com os excluídos.

O gesto que, ao traçar o espaço de internamento, conferiu-lhe um poder de segregação e atribuiu à loucura uma nova pátria, por mais coerente e ordenado que seja esse gesto, não é simples. Ele organiza numa unidade complexa uma nova sensibilidade à miséria e aos deveres da assistência, novas formas de reação diante dos problemas econômicos do desemprego e da ociosidade, uma nova ética do trabalho e também o sonho de uma cidade onde a obrigação moral se uniria à lei civil, sob as formas autoritárias da coação. Obscuramente, esses temas estão presentes na construção das cidades de internamento e em sua organização. São eles que dão sentido a esse ritual e explicam em parte o modo pelo qual a loucura é percebida e vivida pela era clássica. (FOUCAULT, 1978, p.63-64)

Apesar de todos os questionamentos sobre a questão dos loucos, nenhuma dessas casas tinha a finalidade de acolhê-los para que tivessem uma melhor qualidade de vida. A intenção era que as ruas estivessem livres da loucura e da mendicância. Ao mesmo tempo, se pensava nos excluídos como uma alternativa à questão econômica, pois em tempos de crise eram obrigados a trabalhar nas casas de internamento. Via-se neles a chance de acirrar a concorrência devido ao baixo custo de sua força de trabalho.

A era clássica utiliza o internamento de um modo equívoco, fazendo com que represente um duplo papel: reabsorver o desemprego ou pelo menos ocultar seus efeitos sociais mais visíveis, e controlar os preços quando eles ameaçam ficar muito altos. Agir alternadamente sobre o mercado da mão-de-obra e os preços de produção. Na verdade, não parece que as casas de internamento tenham podido representar eficazmente o papel que delas se esperava. (FOUCAULT, 1978, p.80)

À medida que os custos das mercadorias baixavam devido ao baixo valor gasto com a força de trabalho, em outras regiões aparecia um grande número de desempregados, pois os

enclausurados nas casas haviam tomado seus postos. Isso causava um caos e desequilíbrio social e econômico, pois as casas tampouco podiam suportar todos os desempregados advindos dessa dinâmica.

Se elas absorviam os desempregados, faziam-no, sobretudo para ocultar a miséria e evitar os inconvenientes políticos ou sociais de sua agitação. Mas no exato momento em que se colocavam essas pessoas nos ateliês obrigatórios, aumentava-se o desemprego nas regiões vizinhas ou em setores similares. Quanto à ação sobre os preços, ela só podia ser artificial, com o preço de mercado dos produtos assim fabricados não tendo uma proporção com o custo real, se calculado de acordo com as despesas provocadas pelo próprio internamento. Avaliada apenas de acordo com seu valor funcional, a criação das casas de internamento pode ser considerada um fracasso. Seu desaparecimento em quase toda a Europa no começo do século XIX, como centros de recepção de indigentes e prisão da miséria, sancionará seu fracasso final: remédio transitório e ineficaz, precaução social muito mal formulada pela industrialização nascente. (FOUCAULT, 1978, p.80)

Ainda assim, a obrigação da atividade laboral não é retirada das casas. É, sim, ressignificada. A partir de agora os excluídos seriam obrigados a trabalhar e exercer uma série de atividades por conta de uma moral religiosa em que o ócio era considerado algo negativo. Nesse viés, o trabalho não necessariamente precisaria ter como fim qualquer utilidade. O interno trabalharia apenas para não permanecer sem desenvolver alguma atividade.

Para a Igreja católica, bem como para os países protestantes, a internação representa, sob a forma de um modelo autoritário, o mito da felicidade social: uma polícia cuja ordem seria inteiramente transparente aos princípios da religião, e uma religião cujas exigências seriam satisfeitas, sem restrições, nas regras da polícia e nas coações com que se pode armar. Existe, nessas instituições, como que uma tentativa de demonstrar que a ordem pode ser adequada à virtude. Neste sentido, a "internação" oculta ao mesmo tempo uma metafísica da cidade e uma política da religião; ela se situa, como um esforço de síntese tirânica, nessa distância que separa o jardim de Deus das cidades que os homens, escorraçados do Paraíso, construíram com suas próprias mãos. (FOUCAULT, 1978, p.88)

Após séculos sendo tratada de diversas formas, é no século XVIII que a loucura passa a ser um objeto do saber médico, o que será explorado com mais detalhes no item a seguir.

1.1. TRANSTORNO MENTAL COMO OBJETO DE ESTUDO DA MEDICINA

Por mais críticas que possamos fazer ao tipo de punição e exclusão das casas de internação, foi através delas que cada vez mais pôde ser observada a lacuna que existia entre aqueles que eram considerados loucos e os outros internos. No grupo da loucura era observado que as pessoas não conseguiam desenvolver as atividades propostas da mesma maneira que o restante do grupo. Diante da observação da incapacidade para o trabalho e atividades da vida social em geral, fez-se necessária uma nova forma de pensar a loucura.

As novas significações atribuídas à pobreza, a importância dada à obrigação do trabalho e todos os valores éticos a ele ligados determinam a experiência que se faz da loucura e modificam-lhe o sentido. Nasceu uma sensibilidade, que traçou uma linha, determinou um limiar, e que procede a uma escolha, a fim de banir. O espaço concreto da sociedade clássica reserva uma região de neutralidade, uma página em branco onde a vida real da cidade se vê em suspenso: nela, a ordem não mais enfrenta livremente a desordem, a razão não mais tenta abrir por si só seu caminho por entre tudo aquilo que pode evitá-la ou que tenta recusá-la. (FOUCAULT, 1978, p.89)

Segundo Foucault (1978, p.94), “o internamento não representou apenas um papel negativo de exclusão, mas também um papel positivo de organização”.

Começa a surgir nessa época a apreensão de diferentes significados da loucura. É bem verdade que ainda não muito bem definidos, mas que se tornariam base para caminhos nunca antes trilhados no que diz respeito à loucura. Assim dão origem, pela primeira vez, à constatação de que a loucura é uma doença e, partindo desse princípio, a cura passou a ser vista como uma possibilidade.

Ignorada há séculos, ou pelo menos mal conhecida, a era clássica teria começado a apreendê-la de modo obscuro como desorganização da família, desordem social, perigo para o Estado. E aos poucos esta primeira percepção se teria organizado, e finalmente aperfeiçoado, numa consciência médica que teria formulado como doença da natureza aquilo que até então era reconhecido apenas como mal-estar da sociedade. (FOUCAULT, 1978, p.91)

Durante o século XVIII, período em que se agregou um grande valor à racionalidade e ao conhecimento científico, houve uma reestruturação das casas de internação. Apesar de algumas mudanças, a internação seguia sendo a prática primária no tratamento. A diferença

agora é que práticas terapêuticas seriam aplicadas. Essas terapias fogem completamente do conceito das que conhecemos na atualidade. Caracterizavam-se por ser punitivas e violentas.

Durante cento e cinquenta anos, os doentes venéreos vão ficar lado a lado com os insanos no espaço de uma mesma prisão; e vão atribuir a estes durante muito tempo um certo estigma onde se trairá, para a consciência moderna, um obscuro parentesco que lhes destina a mesma sorte e os mesmos lugares no mesmo sistema de punição. (FOUCAULT, 1978, p.98)

As práticas consideradas, na época, terapêuticas, se hoje usadas no mundo ocidental seriam indubitavelmente classificadas como tortura. No trecho a seguir é possível perceber a crueldade com a qual “tratavam” possíveis suicidas. É preciso ressaltar que na época esse tipo de tortura era considerado um avanço, pois em tempos mais remotos a punição para aquele que fizesse uma tentativa de suicídio era a condenação à morte.

Foi neles que se aplicou, pela primeira vez no século XVIII, os famosos aparelhos de coação que a era positivista utilizará como terapêutica: a jaula de vime, com um buraco feito na parte superior para a cabeça, e à qual as mãos estão amarradas, ou o "armário" que fecha o indivíduo em pé, até o pescoço, deixando apenas a cabeça de fora. (FOUCAULT, 1978, p.108)

Ao longo de todo o século XVIII, apesar da racionalidade estar presente e ser bastante valorizada, a moral religiosa tinha enorme peso nas decisões da sociedade. Creio que podemos afirmar que o mesmo ocorre nos dias de hoje, quando muitas das decisões políticas sociais e econômicas consideradas de grande importância para a totalidade da sociedade, são ainda tomadas a partir de princípios religiosos.

A moral pregada pela igreja e aceita naquela sociedade fez com que várias outras pessoas fossem internadas em hospitais dessa natureza. Dentre elas estavam: os homossexuais, os portadores de doenças venéreas, as pessoas que participavam de qualquer outro rito que não fosse o católico, os alquimistas e aqueles que eram considerados profanos. Essa proximidade fez com que todos fossem tratados da mesma forma.

Muitas situações que hoje não interpretáramos como transtorno mental, como a homossexualidade, por exemplo, eram consideradas como sintomas da loucura. Desta forma acreditava-se que os homossexuais deveriam e/ou poderiam ser curados.

Todos esses signos que se tornariam, a partir da psiquiatria do século XIX, os sintomas inequívocos da doença, durante quase dois séculos ficaram divididos "entre a impiedade e a extravagância", a meio caminho entre o profanatório e o patológico — ali onde o desatino assume suas dimensões próprias. (FOUCAULT, 1978, p.111)

No século XIX, o modernismo europeu veio questionar essa realidade. O movimento que via as formas tradicionais da vida social como ultrapassadas e propunha uma nova maneira de ver o mundo, assim também o fez no que diz respeito à loucura:

Nós, os modernos, começamos a nos dar conta de que, sob a loucura, sob a neurose, sob o crime, sob as inaptações sociais, corre uma espécie de experiência comum da angústia. (FOUCAULT, 1978, p.122)

A contribuição de médicos no tratamento da loucura naquela época não estava totalmente distante da concepção de tratamento que conhecemos na atualidade. Imaginemos que ainda hoje, mesmo com toda a tecnologia e desenvolvimento científico alcançados, muitas vezes, é difícil e demorado o processo de diagnosticar a pessoa que sofre com algum tipo de transtorno mental.

Não surpreende o fato de ainda se discutir, no começo do século XIX — como se se tratasse de questão ainda não resolvida — sobre a capacidade dos médicos para reconhecer a alienação e diagnosticá-la. (FOUCAULT, 1978, p.144)

Identificar e definir o que é considerado um transtorno mental segue sendo uma tarefa que coloca em questão os limites da psicopatologia. Como catalogar quem é louco se não há um caminho cientificamente traçado para tal, se, todavia não foram esgotadas cientificamente as possibilidades de quais possam ser os causadores dessas patologias? Por trás de um diagnóstico sempre haverá uma moral, uma cultura, um limite social do que é considerado “normal”.

A psicopatologia do século XIX (e talvez ainda a nossa) acredita situar-se e tomar suas medidas com referência num homo natura ou num homem normal considerado como dado anterior a toda experiência da doença. Na verdade, esse homem normal é uma criação. E se é preciso situá-lo, não é num espaço natural, mas num sistema que identifique o socius ao sujeito de direito; e, por conseguinte, o louco não é reconhecido como tal pelo fato de a doença tê-lo afastado para as margens do normal, mas sim porque nossa cultura situou-o no ponto de encontro entre o decreto social do internamento e o conhecimento jurídico que discerne a capacidade dos sujeitos de direito. (FOUCAULT, 1978, p.148)

Um nome que contribuiu significativamente para que houvesse um grande avanço na área de saúde mental no século XIX foi o médico francês Philippe Pinel (1745-1826), que em 1793 realizou uma intervenção em um dos hospitais da França. Phillippe defendia que os alienantes deveriam ser desacorrentados e libertos das celas. Segundo cenas do filme *Stairway to Light* de 1945, dirigido por Sammy Lee, havia internos que estavam há 35 anos dentro de uma cela em uma espécie de porão sem poder sequer ver a luz do sol. Pinel ainda defendia que os alienantes deveriam ter o direito de sair dos hospitais e ter acesso às ruas parisienses, o que causou uma grande contraposição por parte da sociedade francesa da época. Apesar de sua ideia não ser aceita pelos franceses, esse seria o início da possibilidade de se pensar no louco de maneira diferente posteriormente.

Sintonizado com os ideais revolucionários franceses de liberdade, igualdade e fraternidade, preconizou o tratamento moral para os alienados e desacorrentou os loucos em Paris. Sua prática médica exercida durante os anos em que chefiou os hospitais em Bicêtre e La Salpêtrière na França, aliada a sua profunda reflexão sobre a alienação mental, concorreram para inaugurar a Escola dos Alienistas Franceses. Em 1801 publicou o *"Tratado médico-filosófico sobre a alienação ou a mania"*, no qual descreveu uma nova especialidade médica que viria a se chamar Psiquiatria (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

Outro nome de grande importância na percussão da Psiquiatria foi Esquirol (1772-1840).

Precursor da Psiquiatria, integrou, juntamente com Auguste Morel (1809-1873) e Édouard Séguin (1812-1880) a escola francesa iniciada por Pinel. Ao penetrar a mente humana, com o intuito de compreender os transtornos do humor e da melancolia como importantes agentes que conduzem à perda do juízo, elevou pela primeira vez os alienados à condição de homens. Reformador de asilos e hospitais

franceses, fundou o primeiro curso para o tratamento das enfermidades mentais e lutou pela aprovação da primeira Lei de Alienados na França. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

1.2. TRANSTORNO MENTAL NO BRASIL

É somente a partir do século XIX que se têm dados sobre a doença mental no Brasil. É provável que a sistematização desses tenha se dado a partir da fundação da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro em 1829 que, inspirados pelas ideias de Pinel e Esquirol iniciaram um movimento de criação de uma prática médica que pudesse responder à demanda por tratamento mental que havia na sociedade brasileira da época.

No Brasil, em 1830, não havia ainda tratamento para os doentes mentais: os ricos eram mantidos isolados em suas casas, longe dos olhares curiosos, enquanto os pobres perambulavam pelas ruas ou viviam trancafiados nos porões da Santa Casa da Misericórdia. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

Diante dessa realidade houve uma mobilização por parte da classe médica do Rio de Janeiro que culminou em um pleito nomeado: *Aos loucos, o hospício!* A partir dessa iniciativa, D. Pedro sensibilizou-se com a situação das pessoas que sofriam acorrentadas nos porões das Santas Casas e em 1841 decretou a criação do primeiro hospício do país, nomeado Hospício de Pedro II.

Por ser inspirado e seguir os moldes de arquitetura e tratamentos franceses, ficou popularmente conhecido como Palácio dos Loucos. E assim como nos palácios, suas subdivisões por classes sociais se faziam presentes.

Pertenciam à primeira classe os indivíduos brancos, membros da Corte, fazendeiros e funcionários públicos; à segunda, os lavradores e serviços domésticos; e à terceira, pessoas de baixa renda e escravos pertencentes a senhores importantes. Existia ainda uma outra classe, mais numerosa que as anteriores, destinada aos marinheiros de navios mercantes, aos indigentes, principalmente os ex-escravos, e aos escravos de senhores que comprovadamente não tivessem recursos para a despesa do tratamento. Enquanto os pacientes de primeira e segunda classes viviam em quartos individuais ou duplos e se entretiam com pequenos trabalhos manuais, jogos e leitura, os de terceira e quarta trabalhavam na cozinha, manutenção, jardinagem e limpeza. Paradoxalmente, os últimos recuperavam-se com mais facilidade que os primeiros,

que, paralisados pelo ócio, perpetuavam-se na internação. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

Dentro de aproximadamente 50 anos, agora como Hospital Nacional de Alienados, o hospício se tornou um local de superlotação, fazendo com que as instalações se degradassem e os serviços prestados tivessem cada vez menor qualidade e fossem alvo de fortes críticas da sociedade. Vale ressaltar que o tipo de internação legal na época difere do que conhecemos hoje. Práticas como o uso de camisas de força, choques elétricos, lobotomia, que consiste em destruir a substância branca dos lobos temporais do cérebro, e celas solitárias para momentos de surto eram recursos rotineiros e totalmente aceitos naquele contexto.

Como paliativo para a situação de superlotação foram criadas colônias agrícolas.

Os “incuráveis tranqüilos”, removidos para muito além do centro urbano, eram encarregados de trabalhos agrícolas e artesanais que compensavam a incapacidade das famílias de custearem o tratamento. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

A história europeia se repetia. Novamente os pobres internos exerceriam funções que favoreceriam a economia e o Estado e devidamente os excluía da sociedade.

Juliano Moreira, em 1905, afirmava em sua monografia a importância do aumento de investimentos na assistência a alienados, e concordava que as colônias agrícolas representavam um excelente meio de recuperação. A reforma que propôs, trazia vantagens para os doentes e possibilitava economia para o Estado. . (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015)

A legislação no âmbito da educação em saúde mental no Brasil data de 1881, quando o Decreto nº 8.024, de 12 de março, determina a criação da cadeira de Doenças Nervosas e Mentais nas Faculdades de Medicina da Bahia e do Rio de Janeiro. Em 1882 a Lei nº 3.141, de 20 de outubro determina as diretrizes para o ensino de Psiquiatria no país.

Em dezembro de 1903, o decreto nº 1.132 vem regulamentar a Assistência aos Alienados no Brasil, porém já em seu primeiro artigo é possível perceber o caráter punitivo e conservador que esse apresentava. Apesar de dispor de alguns mínimos direitos do alienado, como, por exemplo, o de reclamar por um novo exame de sanidade quando o mesmo julgasse

necessário, em sua totalidade, o Decreto tinha com uma de suas finalidades principais: manter a ordem pública.

Art. 1º O indivíduo que, por moléstia mental, congênita ou adquirida, comprometer a ordem pública ou a segurança das pessoas, será recolhido a um estabelecimento de alienados. (CÂMARA DOS DEPUTADOS, 2015).

Nos anos seguintes, se vê repetido no país o modelo hospitalocêntrico europeu de tratamento e a multiplicação de manicômios pelo território nacional, pautados em práticas cruéis e sem perspectivas de criação de um novo modelo. Por anos, várias pessoas sofreram maus tratos. Há relatos de que eram acorrentadas ou amarradas em seus leitos, dormiam no chão, perambulavam pelos pátios dos hospitais em grande número, mantinham-se despidas, sujas, espalhadas pelo local e eram totalmente isoladas do convívio social.

1.3. REFORMA PSIQUIÁTRICA E A CONQUISTA DOS NÚCLEOS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Diante da realidade de precarização e impulsionados pelas idéias do psiquiatra italiano, Franco Basaglia, que construía fortes críticas ao modelo de tratamento em manicômios e defendia uma transformação das práticas desenvolvidas nesses hospitais, diversos setores da sociedade se mobilizaram em prol da causa dos alienados e em 1978 foi criado no Brasil o Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental.

O ano de 1978 costuma ser identificado como o de início efetivo do movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos em nosso país. O Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), movimento plural formado por trabalhadores integrantes do movimento sanitário, associações de familiares, sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas, surge neste ano. É, sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p.6)

Em 1987 ocorre a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro com o lema “Por Uma Sociedade Sem Manicômios”. Nesse mesmo ano é criado o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS) do país, mais precisamente na cidade de São Paulo.

O NAPS I de Santos é criado no ano seguinte, também como parte da Reforma Psiquiátrica e em resposta às lutas sociais que ocorreram no país na década de 1970 contemporâneas ao movimento sanitário. Sua criação vem em prol da humanização da saúde mental e do fim do antigo modelo de manicômios.

Santos é considerada uma das cidades brasileiras pioneiras e modelo em saúde mental tanto no Brasil como no exterior. Tal conceito deve-se ao ocorrido na cidade no ano de 1989 quando se deu início ao processo de intervenção no manicômio da cidade, também conhecido como “Casa dos Horrores” devido a diversas denúncias de maus tratos e mortes.

Neste período, são de especial importância o surgimento do primeiro CAPS no Brasil, na cidade de São Paulo, em 1987, e o início de um processo de intervenção, em 1989, da Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) em um hospital psiquiátrico, a Casa de Saúde Anchieta, local de maus-tratos e mortes de pacientes. É esta intervenção, com repercussão nacional, que demonstrou de forma inequívoca a possibilidade de construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico. Neste período, são implantados no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p.7).

Apesar da criação do SUS a partir da Constituição de 1988, é apenas em 1992 que a Portaria nº 224 do Ministério da Saúde vem regulamentar os Núcleos de atenção Psicossocial.

Neste período, o processo de expansão dos CAPS e NAPS é descontínuo. As novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. Do mesmo modo, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos. Ao final deste período, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p.8)

Posteriormente, a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001 é sancionada e normatiza um novo modelo de saúde mental no país, estabelecendo os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e o modelo de tratamento assistencial a ser aplicado nessa área. Nessa nova perspectiva o modelo hospitalocêntrico é abolido para que a pessoa portadora de transtorno mental, assim como o disposto no Art. 2º, *seja tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade* (BRASIL, Constituição, 1988, Lei nº 10.216).

1.4. NAPS I DE SANTOS

Os NAPS têm papel primordial na efetivação da lei que estabelece o novo modelo de tratamento em saúde mental. São núcleos criados com o objetivo de prestar atendimento terapêutico, apoiar o portador de transtorno mental em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhe atendimento médico, psicológico e social, buscar integrá-lo a um ambiente social e cultural concreto, envolver a família no processo de tratamento a fim de diminuir a necessidade de internações o máximo possível. É importante salientar que por considerar o aspecto social como um dos pilares do tratamento, a atuação do profissional de Serviço Social é indispensável nesse tipo de equipamento.

A partir disso, e como o presente estudo se debruça em identificar ações do assistente social na instituição NAPS I, nesse item detalharemos como se dá a dinâmica da unidade para melhor apropriação da totalidade da realidade pelo leitor.

O NAPS I de Santos está subordinado à COSMENTAL (Coordenadoria de Saúde Mental), parte da Secretaria Municipal de Saúde que, através de seus departamentos específicos, elabora ações que serão executadas no Núcleo. É importante ressaltar que essa Secretaria deve cumprir as normativas e orientações advindas do Ministério da Saúde que elabora a Política de Saúde Mental a nível nacional.

Os recursos financeiros provêm unicamente de recursos públicos advindos de orçamento municipal destinado à Saúde e do Sistema Único de Saúde através do repasse de verbas.

Atualmente, a partir da observação realizada durante experiência de estágio na instituição, constata-se que a unidade conta com uma equipe multiprofissional composta por: cinco psiquiatras, duas enfermeiras, duas assistentes sociais, três psicólogos, uma terapeuta ocupacional, dois acompanhantes terapêuticos e quinze técnicos em enfermagem. O setor administrativo conta com uma chefe de seção e três auxiliares administrativas. Também fazem parte da equipe duas cozinheiras e uma equipe de limpeza.

Apesar de contar com um número limitado de profissionais e de recursos materiais e financeiros, o NAPS I atende aproximadamente duas mil pessoas por mês, sendo o único núcleo de referência do segmento de saúde mental em um território que comporta catorze bairros e constitui a principal área de expansão urbana da cidade, equivalentemente a 39% do território santista. Com população de cerca de 100 mil habitantes, a Zona Noroeste é ainda considerada uma das áreas mais vulneráveis da cidade de Santos.

A Portaria nº 336 (Diário Oficial da União; 2002) redefiniu os NAPS/CAPS em 1, 2 e 3 a partir da complexidade do atendimento e densidade populacional, onde 1 atenderia a menor taxa populacional e 3, a maior. Por isso o NAPS I de Santos é também classificado como um CAPS III devido ao crescimento da população atendida com o passar dos anos e a hospitalidade oferecida vinte e quatro horas por dia. Em sua gênese era classificado como NAPS I, porém depois da normativa deveria ter adotado a nomenclatura CAPS III. Como já era referência na região e conhecido por todos com o antigo nome, assim segue até os dias de hoje.

Em um território repleto de contradições, a instituição atende todas as categorias de transtornos mentais, sendo os mais frequentes aqueles considerados mais graves, o que é esperado para esse tipo de serviço. O modelo de tratamento oferecido tem características ambulatoriais e médico-psiquiátricas. Os serviços prestados são diversos. Vão desde triagens, consultas ambulatoriais, atendimento psicológico, atendimento social, visitas domiciliares, distribuição e administração de medicamentos, realização de oficinas e atendimento familiar, até internações.

A unidade funciona vinte e quatro horas por dia durante os sete dias da semana. As equipes se revezam em turnos/plantões para a realização do trabalho. É uma das portas de entrada do SUS, já que para utilizar o serviço o usuário não necessita de nenhum encaminhamento de outro equipamento, basta comparecer à unidade e agendar uma triagem.

Após a triagem o usuário, caso encontrada a necessidade pelo técnico, sai da unidade com uma data agendada para consulta médica que, atualmente, tem tempo de espera de dois a três meses em média. Tempo demasiado longo para quem está sofrendo com algum transtorno mental. Situações como essa materializam a minimalização das políticas públicas. Tem-se todo um conjunto de leis que normatizam o atendimento humanizado, de qualidade e com dignidade, mas que na prática não consegue efetivar a garantia do direito à Saúde.

Ao observar a carência de recursos humanos e materiais, paralelamente, é também observado um crescimento na demanda e a inércia no que diz respeito à busca de estratégias para que não haja um caos social advindo da área de Saúde Mental. É evidente que o caos social não está instalado porque os portadores de transtornos mentais hoje não estão mais contidos pelas paredes, correntes e grades dos manicômios, e sim, em sua maioria, pelo uso de medicamentos.

É preciso refletir o quanto a vida dessas pessoas tem sido ditada pelos medicamentos em troca do que, historicamente, o poder sempre prezou: a ordem social. Esmiuçaremos o tema medicalização no próximo capítulo a fim de refletir o quanto as paredes do manicômio ainda se fazem presentes nos tratamentos dos transtornos mentais no Brasil, segregando, excluindo e alienando seu portador.

CAPÍTULO 2

MEDICALIZAÇÃO / QUESTÃO SOCIAL

Ao longo de um ano e oito meses, foi realizado estágio de Serviço Social nessa instituição, oportunidade na qual os atendimentos aos usuários foram acompanhados pela pesquisadora.

No decorrer desse período foi possível observar, em vários atendimentos, que o único objetivo do usuário era conseguir medicamentos que tratassem os sintomas de sua doença e o tirassem daquele sofrimento psíquico, em uma situação de total passividade quanto a seu tratamento, quando o médico detém o poder de prescrever e o usuário, a única alternativa de seguir o prescrito.

É necessário aqui citar que, o portador de transtorno mental, tem total razão em querer alívio imediato, motivo pelo qual, de forma alguma deve ser considerado culpado. É natural que o ser humano, mediante situações que lhe causam dor, sofrimento ou perigo, busque por respostas rápidas que deem fim a tais angústias. Essa situação reitera sim a responsabilidade e comprometimento que o profissional de saúde mental deve ter em sua atuação, pois o alvo de seu trabalho é uma parcela da sociedade historicamente estigmatizada, provida de baixo grau de autonomia que, a somar a todos essas determinações, passa pela fragilidade de estar doente.

Através da leitura dos prontuários durante a prática de estágio, observa-se que para grande parte dos usuários da saúde mental, o gatilho para a enfermidade e sua permanência tem/teve relação direta com algum episódio da sua vida social. Muitos relatam que os sintomas desencadearam após a perda de um emprego, um acidente de trabalho, o fim de um relacionamento afetivo, o assassinato de um ente querido, entre outros.

É importante ressaltar que, apesar da predisposição para o desenvolvimento de alguns tipos de doenças psiquiátricas que alguns indivíduos possam ter, suas relações sociais podem contribuir consideravelmente para que haja ou não o desencadeamento dos sintomas.

Atribuir a causa do transtorno mental limitando-se apenas a fatores biológicos seria limitar-se quanto ao entendimento de que, enquanto humanos, somos seres sociais e essas relações são determinantes e ontológicas ao homem. Limitar-se ao aspecto biológico seria negar a própria condição humana.

Alheios à estrutura social e a sua historicidade, o biologismo e o psicologismo mantêm-se à custa de uma análise a-histórica, quando não anti-histórica, das relações sociais antagônicas nas sociedades industriais capitalistas, análise na qual se enfatizam os elementos integrativos e normativos da vida social. (PATTO, 2000, p. 172)

Partindo do princípio de que o homem é um ser social supõe-se que essas relações, hora podem proporcionar-lhe alegria, hora podem causar-lhe sofrimento, o que na vida moderna na sociedade capitalista não parece ser concebível. Cada vez mais a possibilidade de felicidade absoluta é vendida através de propagandas formuladas por uma classe dominante, a

fim de lucrar com a venda de mercadorias que, nesse contexto, são consideradas sinônimo de felicidade. O ser se realiza a partir do momento em que adquire um bem, e aqueles que não conseguem fazer parte dessa lógica são tidos como fracassados. Logo, tristeza, medo e angústia são sentimentos não aceitos na sociedade do consumo e precisam ser abolidos de alguma forma. É esse o pano de fundo que leva muitas pessoas a encontrar refúgio nos psicofármacos. Para uma melhor reflexão é necessário que compreendamos como se deu esse processo. Nesse viés, o próximo item trata do uso de medicamentos no tratamento do portador de transtorno mental, desde sua gênese, e suas implicações nos dias de hoje.

2.1. O USO DE MEDICAMENTOS NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO MENTAL

Como visto anteriormente, o modelo de tratamento usado nas casas de internação e manicômios nunca visaram qualidade de vida ou suscitaram a autonomia do portador do transtorno. Eram sim locais de segregação e punição para aqueles considerados desajustados da sociedade. Modelo de maus tratos e violações à vida humana foram comprovados ineficazes e alvo de muitas críticas da sociedade e por parte da classe médica. Sendo assim, outro modelo de tratamento deveria dar lugar às violações de direitos.

Um grande avanço nesse sentido ocorreu em 1955, quando foi usada, pela primeira vez no Brasil, a clorpromazina, medicamento da categoria dos neurolépticos ou antipsicóticos, que inibem funções psicomotoras e também delírios ou alucinações.

É sabido que aquela não foi a primeira vez que o uso de substância psicoativa no tratamento de transtornos mentais foi realizado. Desde os primórdios, o homem vem se utilizando dessas para diversos fins, seja para o alívio de alguma dor ou para amenizar sintomas causados por transtornos mentais, mesmo que assim não fossem interpretados naquele dado momento da história. A esse período foi dado o nome de fase mágico-religiosa.

A fase mágico-religiosa é tão antiga quanto a humanidade, e surgiu simultaneamente com a religião e a prática organizada da medicina e da religião nas tribos, através dos shamans, pajés, e outros líderes espirituais que acumulavam freqüentemente as duas funções. Isso ocorreu, pois a mente primitiva atribuía boa parte do que desconhecia à ação dos espíritos e deuses que eles acreditavam habitar e possuir todo o mundo material (animismo). Assim, as doenças, e mais especificamente, as doenças mentais, eram atribuídas à possessão por espíritos malévolos, que deveriam ser expulsos (exorcizados) para que a saúde retornasse. (SABBATINI, Renato, 2003)

É bem verdade que nos primórdios estávamos distantes de desenvolver medicamentos tais os quais temos acesso hoje. Sua origem limitava-se somente às plantas nativas.

Dependendo das plantas nativas de cada região, diferentes etnias descobriram as plantas psicoativas mais conhecidas da humanidade, contendo princípios ativos como alcalóides, alcoóis, glicosídeos, etc. (SABBATINI, Renato, 2003)

Dentre essas podemos citar: a cafeína, a nicotina (presente nas folhas de tabaco), a cocaína, o canabidiol (presente nas folhas de maconha), o etanol, o ópio (presente na papoula), que eram utilizadas de forma empírica, o que não permitia muitos avanços e nem garantia de segurança aquele que delas se utilizava.

No entanto, tirando o resultado calmante e hipnótico de algumas agentes, como o láudano e o álcool, o resultado do empirismo não-científico no tratamento das doenças mentais foi praticamente nulo. As doenças mentais continuaram a ser encaradas como falha de caráter, castigo de Deus, possessão demoníaca, etc., e os dementes encerrados em horrendos hospícios, acorrentados nus à parede, imobilizados por camisas-de-sete-varas, imersos em banheiras com água gelada, etc. até perto do século XIX. (SABBATINI, Renato, 2003)

Já no século XIX, avanços começaram a ser observados:

Surgiram quase que simultaneamente três desenvolvimentos importantes que inauguraram, gradativamente, a era da psiquiatria baseada no empirismo científico, como veremos a seguir: a reforma humanitária do tratamento dos insanos, trazida por Pinel, Esquirol e seguidores, na França, a partir de 1800 (o chamado "tratamento moral" da insânia). Pinel propôs que a forma com que os pacientes eram tratados era também um fator adicional de produção da insânia, e não apenas à enfermidade em si, e este foi um enorme progresso; a revolução científica na compreensão do funcionamento do cérebro e da mente, através da neurofisiologia e da neurologia (Charcot, Ferrier, Broca, etc.), na segunda metade do século, e o desenvolvimento do método científico aplicado à farmacoterapia, através do desenvolvimento da química orgânica e dos ensaios experimentais e clínicos de novas drogas, também na segunda metade do século. (SABBATINI, Renato, 2003)

Com o avanço da ciência, a produção de medicamentos se tornou uma realidade.

Os químicos, trabalhando em conjunto com os médicos e farmacêuticos, logo descobriram que muitas delas tinham ação farmacológica, e isso abriu o campo para uma nova e poderosa ciência, a química farmacêutica, e para uma nova classe de empreendimentos industriais, inaugurados pela empresa Bayer, na Alemanha, com a síntese, fabricação e venda do primeiro analgésico sintético do mundo, o ácido acetil-salicílico, descoberto em 1897 pelo químico Felix Hoffmann, e comercializado com o nome comercial de Aspirin. Em rápida sequência, diversas substâncias neuro- e psicoativas foram sintetizadas pelos criativos químicos alemães. (SABBATINI, Renato, 2003)

Apesar dos avanços em diversas áreas da medicina, a primeira metade do século XX não foi marcada por uma psiquiatria que progrediu no sentido de ser capaz de controlar doenças mais graves como a esquizofrenia, por exemplo, e os portadores dessa e de diversas outras doenças seguiam colecionando os danos por elas causados. Esse não movimento, se assim podemos chamar, resultou no avanço de outras áreas.

Em consequência, ocorreu o crescimento paralelo de dois poderosos movimentos terapêuticos: a psicoterapia, influenciada essencialmente pela psicanálise de Sigmund Freud, e a terapia física, a partir da descoberta de Julius Wagner-Jauregg que a febre malárica podia melhorar a demência, seguida pelas terapias de choque químico e elétrico de Manfred Sakel e Ugo Cerletti, e a psicocirurgia de Egas Moniz (lobotomia). Apesar da crueza e da relativa ineficácia destes métodos, a carência de métodos terapêuticos medicamentosos era tão aguda nessa época, que qualquer progresso era reconhecido com entusiasmo, a tal ponto que rendeu dois prêmios Nobel a seus descobridores. (SABBATINI, Renato, 2003)

Percebamos aqui como tratamentos que, em um dado contexto histórico é considerado grande avanço ao ponto de ser digno de prêmios Nobel, em outro, pode ter significado totalmente inverso. As práticas como os choques e a lobotomia, anteriormente abordadas nesse estudo, são hoje consideradas como a materialização do inaceitável no que diz respeito ao tratamento do transtorno mental. Atividades cruéis e violadoras de direitos, das quais não se cogita fazer uso novamente.

A superação dessas práticas se vislumbra com a descoberta de novos medicamentos na segunda metade do século XX.

Foi somente a partir da década dos 50s, que ocorreu uma súbita (em termos históricos) e revolucionária explosão de descobertas de novas drogas específicas para o tratamento de doenças mentais como a depressão, a ansiedade, as manias, as obsessões, a esquizofrenia e outras psicoses. A metodologia de síntese química de similares, em um interminável jogo de combinações e testes, e que tinha sido desenvolvida com os barbitúricos, no começo do século, revelou-se a ferramenta principal desse desenvolvimento espantosamente rápido. Em apenas uma década foram descobertos o lítio (em 1949), a reserpina (1954), as fenotiazinas (1954), os benzodiazepínicos (1956), os inibidores de MAO (1954), os tricíclicos (1957) e as butirofenonas (1959). Assim, foram estabelecidas as bases da moderna pesquisa clínica da psicofarmacologia, que perduram até a atualidade. A psiquiatria nunca mais seria a mesma depois dessa década. Foi o que convencionou chamar de "medicalização" da psiquiatria. (SABBATINI, Renato, 2003)

Aprofundaremos o tema medicalização a seguir.

2.2. MEDICALIZAÇÃO

Ao ser implantado no tratamento de transtornos mentais, o uso de medicamentos revolucionou o mundo da psiquiatria e a vida de muitas pessoas que sofriam/sofrem com transtornos. Essa área da medicina que antes utilizava práticas fundadas na concepção do tratamento psíquico como um enigma, a partir de então, passou a considerar o tratamento biológico como alternativa para esses sujeitos.

Em especial, esse tipo de tratamento ganhou forças no mundo da medicina quando suas práticas, no século XX, baseadas na fenomenologia e no âmbito psicossocial- através da influência de Freud- começaram a ser questionadas, já que muitos psicólogos e assistentes sociais desenvolviam as mesmas ações.

Outro movimento questionava sobre a precisão dos diagnósticos dados pelos médicos, pois havia diferenças nas escolas americanas, alemãs e inglesas de psiquiatria. O que, muitas vezes, uma delas considerava como patologia, a outra podia afirmar ser um comportamento normal.

Os profissionais de medicina dessa área perdiam espaço e de alguma forma precisavam se reafirmar e reconquistar seu lugar como profissionais imprescindíveis e singulares no processo de tratamento.

Percebeu-se naquele momento a necessidade de além de padronizar o tratamento, determiná-lo como objeto de intervenção médico-psiquiátrica. As práticas psicossociais, que outrora compunham a principal característica do tratamento médico, perderam forças para dar espaço ao tratamento medicamentoso nesse novo cenário.

A partir de então a cultura da medicalização assume o posto de carro chefe no tratamento médico. Podemos observar que essa cultura não atinge somente a área da psiquiatria, mas as áreas de especialidades da medicina em geral. Foca-se no tratamento medicamentoso da doença e não na promoção da saúde.

Foi enorme o impacto das modernas drogas de tratamento das doenças mentais, como os antipsicóticos, os antidepressivos e os ansiolíticos. Nomes comerciais como Valium e Prozac tornaram-se conhecidos de grande parte da população, e subiram rapidamente aos primeiros lugares entre os medicamentos de todos os tipos mais vendidos no mundo. A medicalização da psiquiatria, a que nos referimos acima, tornou-se completa. Dados da American Psychiatric Association de 1989 mostravam já naquela época que 1/3 dos psiquiatras americanos prescreviam medicamentos psicotrópicos a mais de 84% dos seus pacientes, e que outro terço prescreviam para 47 a 84% dos pacientes. (SABBATINI, Renato, 2003)

Observa-se na sociedade norte-americana um movimento pró-medicalização. Na década de 1980 houve um grande frenesi em torno de alguns medicamentos que supostamente trariam a felicidade e, por esse motivo, chegaram a ser apelidados de balas mágicas.

A crença em "balas mágicas" psicofarmacológicas aumentou muito na população e na classe médica, embora seja bem sabido que a causação e os fatores extra-biológicos das doenças mentais compõem um quadro muito mais complexo do que imaginamos, e que estes novos medicamentos não são tão eficazes quanto desejaríamos. (SABBATINI, Renato, 2003)

Infelizmente não podemos afirmar que a citação acima descreve apenas uma característica da população norte-americana no passado. Ela também descreveria em grande parte o que ocorre hoje no Brasil.

Atualmente, segundo dados da Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) , o Brasil é o maior consumidor de Rivotril, o clonazepam, no mundo. O preocupante é que o uso do medicamento tarja preta, que deveria ser aplicado no tratamento de distúrbios epiléticos e transtornos de ansiedade, nem sempre vem sendo feito adequadamente. A velocidade com a qual o consumo cresce no país também é assustadora.

Segundo a Anvisa, o consumo brasileiro do princípio ativo do Rivotril, o clonazepam, em 2007 era de 29 mil caixas por ano. Em 2015, este número atingiu os 23 milhões, de acordo com a IMS Health. O crescimento significativo em pouco tempo desperta as suspeitas de uso excessivo e desnecessário por parte de especialistas. (CAPITAL, Carta, 2015)

A droga, que pode ser prescrita por médicos de outras especialidades, como clínico geral e ginecologista, por exemplo, se tornou conhecida e aceita socialmente. Os efeitos como a dependência química e os danos à saúde são pouco divulgados e, o uso indiscriminado a fim de remediar situações do cotidiano e intrínsecas à existência humana como: medo e ansiedade vem crescendo a cada dia.

Nesse viés, o contexto social em que esses sujeitos estão inseridos não pode deixar de ser mencionado, pois ao menos tempo que, em um movimento dialético, produz um tipo de sociabilidade, essa também interfere em suas ações e reações. Para isso serão consideradas as condições materiais objetivas do modo de produção no qual essa sociabilidade se dá: o capitalista. Também abordaremos a categoria Questão Social, entendendo essa como resultante do processo capitalista de acumulação e objeto de intervenção do profissional de Serviço Social.

2.3. MEDICALIZAÇÃO DA QUESTÃO SOCIAL

A Questão Social, entendida como resultante do processo conflituoso entre capital e trabalho existente e constituinte de uma sociedade cujo modo de produção é o capitalista, se expressa através de várias formas no cotidiano. Como algumas dessas expressões podemos citar: a pobreza, a fome, o desemprego, os diversos tipos de violência, a falta de moradia, de saúde, entre outros.

Esse modo de produção, fundado na exploração do trabalho assalariado, tem como objetivo a acumulação de capital e, para tanto, o detentor dos meios de produção extrai a mais-valia do trabalhador. (MARX, Karl). De um lado, aquele que extrai mais valor do trabalhador acumula capital, de outro, aquele que não detém os meios de produção tem como única opção vender sua força de trabalho e, ao produzir mercadorias gera valor, porém não é dono dele, recebendo apenas parte do que produziu, pois o excedente torna-se propriedade daquele que detém os meios de produção que, à medida que esse processo se repete, acumula cada vez mais capital.

Nessa dinâmica, o único capaz de acumular capital é o detentor dos meios de produção, já que a parte destinada ao trabalhador permite que esse siga apenas reproduzindo sua força de trabalho. Tal movimento gera enorme desigualdade social.

Importa deixar claro que a questão social não é focada exclusivamente como desigualdade social entre pobres e ricos, muito menos “situação social problema”, tal como foi encarado no Serviço Social, reduzido a dificuldades do indivíduo. O que se persegue é decifrar, em primeiro lugar, a gênese das desigualdades sociais, em um contexto em que a acumulação de capital não rima com equidade. (IAMAMOTO 2004, p. 59).

Para aqueles que não acreditam que a miséria e a pobreza têm sua origem neste modo de produção, dados recentes vêm nos mostrar que, por mais que o trabalhador se esforce e a mídia burguesa venda a ideia de que a riqueza é alcançável para todos que se esforcem e trabalhem duro, a cada crise do capital, os ricos são os que saem mais ricos.

2015 será lembrado como o primeiro ano da série histórica no qual a riqueza de 1% da população mundial alcançou a metade do valor total de ativos. Em outras palavras: 1% da população mundial, aqueles que têm um patrimônio avaliado em 760.000 dólares (2,96 milhões de reais), possuem tanto dinheiro líquido e investido quanto o 99% restante da população mundial. Essa enorme disparidade entre privilegiados e o resto da Humanidade, longe de diminuir, continua aumentando desde o início da Grande Recessão, em 2008. A estatística do Credit Suisse, uma das mais confiáveis, deixa somente uma leitura possível: os ricos sairão da crise sendo

mais ricos, tanto em termos absolutos como relativos, e os pobres, relativamente mais pobres. (FARIZA, Ignacio, 2015)

Os dados evidenciam que o objetivo do capitalista é lucrar com a pobreza, pois quanto mais ele a explora, mais ganha. De modo que quanto menos o trabalhador tiver e mais produzir, mais poder aquisitivo o capitalista deterá.

Nessa dinâmica, fatores essenciais para várias dimensões da vida têm sido atropelados pela lógica do capital. Com o avanço do Neoliberalismo e o desmantelamento das políticas públicas em favor do capital, o trabalhador sente-se cada vez mais pressionado a produzir e, simultaneamente, menos seguro em seu local de trabalho, o que gera grande competitividade entre ele e os demais trabalhadores. Esse movimento é extremamente benéfico para o capitalista, pois dessa forma consegue manter salários baixos e diminuir seus custos de produção, o que pra ele, traduz-se em mais lucro.

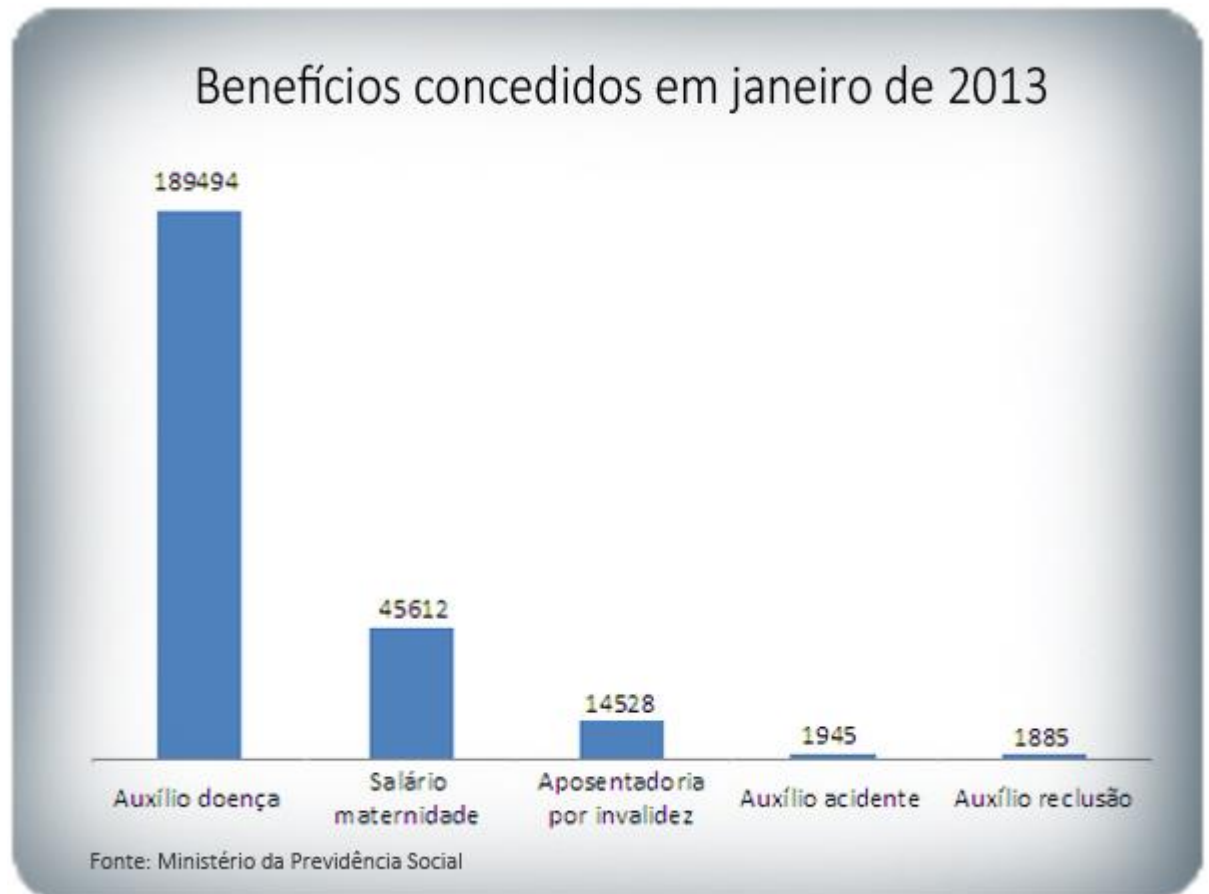
Ao mesmo tempo em que a cultura capitalista neoliberal afirma que o trabalhador é um indivíduo livre que pode tudo conquistar, não há condições objetivas para tal. A ideologia de um consumo desenfreado é vendida no outdoor da mesma esquina em que dorme a pessoa em situação de rua. O valor do ser passa a ser reconhecido através coisas que possui e não pela sua condição humana, de modo que o sonho do pobre, muitas vezes, é tornar-se rico, e nessa eterna busca acaba por não reconhecer que papel exerce nessa dinâmica, de forma tal que acaba por reproduzir a lógica burguesa, diversas vezes se submetendo a condições precárias de vida e trabalho para poder se manter ativo na lógica do consumo e reconhecido como parte dessa sociedade.

Ele se esforça ao extremo para seguir a lógica do realizar, produzir e consumir, ultrapassando frequentemente seus limites físicos e mentais. Segundo dados de 2013 da Previdência Social, os transtornos mentais foram o terceiro motivo mais recorrente e resultante de afastamento por incapacidade laboral temporária.

Problemas de saúde relacionados a transtornos mentais e comportamentais aparecem entre as três maiores causas de afastamento por incapacidade temporária do trabalhador. Em primeiro lugar estão problemas de coluna e articulações e, em seguida, lesões como fraturas, traumatismos, ferimentos e intoxicações. De acordo com a Classificação Internacional de Doenças, são considerados transtornos mentais episódios relacionados a quadros de estresse, depressão e uso de drogas. Em 2011, esses males foram responsáveis por 211.080 afastamentos e 16.100 aposentadorias por invalidez. Especialistas apontam como causas dos males ligados à saúde mental aspectos como ambientes e atividades inadequados, altas demandas de trabalho, falta de garantia de emprego e salários insatisfatórios. Para o especialista em Psicologia Social e professor da UFRJ João Batista Ferreira, a atual organização do trabalho, baseada em situações de alta competitividade, em relações pouco humanizadas e na

produtividade como um fim em si mesma, torna-se fator gerador de sofrimento. (TOTINO, Mariana, 2013)

O gráfico a seguir demonstra o quanto doenças afetam o trabalhador na atualidade:



Quando não tem a possibilidade de se realizar enquanto ser nesse tipo de sociabilidade, que tem em sua forma de objetivação a propriedade privada, que, nessa realidade, é alcançada através do dinheiro, todas as outras áreas da vida social são afetadas, desde as relações familiares até as de amizade, pois isso implica em não poder realizar atividades básicas inerentes à vida, como: comer, beber, vestir, socializar-se, etc.

Esse é um dos movimentos que contribui para o adoecimento mental de muitos trabalhadores e o que os levam a buscar “soluções” rápidas através da medicalização de diversas dimensões da vida, nesse estudo apresentada como: Medicalização da Questão Social.

Estudos apontam que em cidades aonde as relações sociais são mais estressantes e violentas, há maior incidência de transtornos mentais. Não é mera coincidência que algumas das capitais brasileiras apresentam altos níveis desses transtornos.

pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), em parceria com outras instituições, investigaram a taxa de transtornos mentais comuns (como depressão e ansiedade) e suas associações com características sociodemográficas apresentadas na atenção primária de 27 unidades de saúde da família de quatro capitais brasileiras. Os resultados apontaram taxas maiores que 50% nas cidades analisadas: 51,9% no Rio de Janeiro, 53,3% em São Paulo, 64,3% em Fortaleza e 57,7% em Porto Alegre. A análise também indicou que os problemas de saúde mental são especialmente altos em mulheres, desempregados, em pessoas com baixa escolaridade e com baixa renda. (FIOCRUZ, 2014)

Outro movimento que contribui para a Medicalização da Questão Social é o lucro que a indústria farmacêutica obtém através da venda de medicamentos. Em uma sociedade em que a vida humana está aquém das coisas materiais, a cura e prevenção para diversas patologias não se tornam interesse das grandes corporações que financiam pesquisas nessa área, pois não satisfazem sua busca incessante por mais capital. Uma vez que a cura é descoberta não se considera que uma vida foi salva, mas que um consumidor foi perdido.

Com o advento da indústria moderna que possibilita, hoje, a produção de medicamentos em larga escala, os remédios passaram a ser não somente uma ferramenta capaz de contribuir positivamente para o desenvolvimento humano, mas mercadoria de alta lucratividade para os grandes laboratórios. Diante dessa lógica de mercado é preciso questionar-se sobre o quanto a vida tem sido medicalizada em favor das grandes empresas farmacêuticas e até que ponto há necessidade real do sujeito quanto ao uso de drogas.

Durante a prática de estágio, foi observado que O NAPS I, por exemplo, fornece medicação através do SUS, dentre esses medicamentos, alguns inclusive de alto custo que, apesar do usuário do SUS não precisar desembolsar esse valor mensalmente, é comprado pelo poder público, de um grande laboratório, utilizando o dinheiro público.

Nessa lógica do capital onde o Estado é considerado uma ferramenta burguesa de dominação se faz necessário o questionamento sobre essa dinâmica. Por que, apesar da reforma sanitária haver proposto uma abordagem voltada para a valorização do ser humano em seus vários aspectos, inclusive o social, essa realidade parece não se dar na prática? Medicamentos nessa instituição estão na maioria das vezes disponíveis para o tratamento, porém a rede não possibilita condições materiais para que o aspecto psicossocial tenha sucesso e cumpra o papel importante que deve ter no tratamento. Há por exemplo, profissionais de Serviço Social que, orientam o usuário sobre seus direitos, porém não há na

rede iniciativas que dêem reais possibilidades de geração de renda pra essa parcela da sociedade em especial. Tampouco há garantia de que vão conseguir algum benefício para suprir necessidades básicas de sobrevivência. Muitos trabalhadores adoecidos e sem condições laborais tem seus benefícios indeferidos vez após vez devido à minimalização das políticas públicas e a não efetivação de direitos inerentes ao processo neoliberal.

Nos caminhos traçados para a realização desta pesquisa, por exemplo, uma das metodologias incluía a sistematização dos dados da farmácia da unidade (NAPS I de Santos). Pretendia-se ter conhecimento sobre a quantidade média de medicamentos distribuída mensalmente aos usuários e o valor que tal atividade custa aos cofres públicos.

Infelizmente, devido ao engessamento e a não transparência das instituições, a resposta da Secretaria de Saúde de Santos foi a de que o acesso seria inviável, sem outras justificativas.

Um dado que deveria ser do conhecimento do coletivo responsável por sua própria manutenção, sequer pode ser acessado. Fato para reflexão sobre como se dá a relação instituição pública - usuário no contexto capitalista. Estão a serviço de quem? Estaria a Medicalização da Questão Social cumprindo o papel que em tempos remotos era cumprido pelas naus, pelas camisas – de – força e os muros dos manicômios?

Nesse contexto, o aprofundamento do conhecimento sobre o tema se faz imprescindível, pois grande parte da população está suscetível ao desenvolvimento de transtornos mentais. A partir disso, e entendendo o assistente social como um profissional que faz parte da equipe dos CAPS e NAPS, surge o questionamento sobre quais contribuições o Serviço Social pode oferecer a essa parcela da classe trabalhadora que sofre ainda hoje o estigma por não se enquadrar em uma sociedade doente.

CAPÍTULO 3

O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE MENTAL

Apesar da presença do profissional de Serviço Social na Saúde Mental ser considerada por muitos, algo da atualidade e advinda das demandas da realidade pós Reforma Psiquiátrica, a participação desse profissional na área data de muito antes. Registros mostram que,

inicialmente nos Estados Unidos e Europa, seguidos pelo Brasil e outros países da América Latina, na primeira metade do século XX, assistentes sociais já atuavam nessa área.

Considerando que as formas do fazer profissional estão em constante transformação, pois são intrínsecas ao movimento e surgimento das demandas da sociedade na qual estão inseridas, com o Serviço Social não é diferente. A atuação profissional em 1920, por exemplo, era imbuída em conservadorismo e positivismo. No que diz respeito à Saúde Mental, podemos citar como um dos movimentos iniciais para a inserção do Serviço Social na área, as idéias de alguns psiquiatras. Dentre eles podemos destacar Morel.

Em 1857, Morel introduziu o conceito de degeneração. A ideologia dominante era então o positivismo, caracterizado por ideais de modernidade, ordem, progresso e racionalidade. Os psiquiatras acreditavam não apenas que as doenças mentais tinham componentes biológicos e genéticos, mas também que tendiam a piorar à medida que eram transmitidas de geração para geração, causando a degeneração progressiva das árvores genealógicas e da população como um todo. Para eles, a degeneração era mais que uma doença individual: tratava-se de uma ameaça social. A idéia de degeneração começou a estimular políticas sociais como esterilização, eutanásia e perseguição de indivíduos “degenerados”. (SEIXAS, André, MOTA, André e ZILBREMAN, Monica, 2009)

Segundo Vasconcelos, essas ideias invadem o corpo social e dão origem a uma prática higienista.

Assim, a psiquiatria invade todo o corpo social, todas as esferas da existência humana, numa revolução das práticas da corporação psiquiátrica até então restritas aos hospícios, para o que Cunha chama de “uma visão crescentemente triunfante da competência médica: se a loucura funciona como metáfora da desordem social, a psiquiatria, seu oposto, é a possibilidade da ordem e da estabilidade (Cunha, 1986:177). A psiquiatria passa a formular então um programa de higiene social a ser assumido pelo Estado, articulado à política social e econômica, que vai atingir principalmente os trabalhadores e o subproletariado [...] (VASCONCELOS, p.133, 2000)

Com esse pano de fundo, o papel do assistente social, que é agente do Estado e parte de uma profissão que, não podemos esquecer, tem sua gênese vinculada às demandas do Capital para apaziguar as expressões da Questão Social de forma a não causar um caos social e, conseqüentemente, a não reprodução social necessária para a exploração da força de trabalho, passa a ser executor das políticas propostas pelo Estado. Suas atribuições naquela época baseavam-se no manual de higiene mental publicado em 1926 por Potet, médico principal do exército francês. Segundo Vasconcelos (2000), o manual diz que Legrain, um dos principais psiquiatras higienistas da França, que levou o movimento para esse país,

caracterizou o movimento americano de “serviço tentacular” de ‘trabalhadores sociais’ (social workers); de enfermeiras, de

“homens e mulheres que fazem as pesquisas sobre a situação dos alienados, nos mais diversos meios sociais, descobrem os retardados, os pobres de espírito, os inadaptados, os anormais, os futuros criminosos e prováveis, os epiléticos, os alcoolistas; os resultados são enquadrados dentro da média intelectual e moral de uma aglomeração; estes missionários, de um papel importante e delicado, são ajudados pelos conselheiros municipais, pelos mais diversos inspetores, professores, magistrados, etc. A este serviço se somam os de vulgarização social, destinado a interessar o grande público à causa dos alienados e dos pobres de espírito, através de cartilhas, conferências, cartazes, brochuras, exposições, edição do Mental Hygiene, e dos conselhos e avisos dados a todos os grupos e personalidades que se interessam pelo conhecimento do cérebro anormal” (VASCONCELOS apud POTET, 1926:7-8; tradução do autor do texto).

Esse conjunto de ações de enquadramento em busca de uma harmonia social elaboradas pela área da psiquiatria determinava atribuições de varias áreas do conhecimento, dentre elas: o Serviço Social. Esse movimento deu origem ao que ficou conhecido como o Serviço Social psiquiátrico, que se iniciou nos Estados Unidos e acentuou-se nesse país a partir da entrada dos norte-americanos na guerra:

Entretanto, a influência das teorias psiquiátricas no Serviço Social sofreu um aceleração mais aguda a partir da entrada dos Estados Unidos na Primeira Guerra, no mesmo ano da publicação de Diagnóstico Social. O tratamento das neuroses de guerra dos soldados, tendo em vista as situações traumáticas dos campos de batalha, bem como de soldados psicóticos e delinquentes, exigiu dos assistentes sociais a abordagem de fatores psicológicos em seu trabalho. Além disso, o trabalho com as famílias dos soldados, ou seja, com uma clientela cujos problemas socioeconômicos mais imediatos estavam resolvidos, deslocou o centro do trabalho para os problemas do “ajustamento” infantil e familiar, estimulando sobremaneira o trabalho que já vinha sendo realizado pelas clínicas de orientação infantil e juvenil a partir da experiência pioneira em Chicago, em trabalho conjugado dos psiquiatras e assistentes sociais. (VASCONCELOS, p. 136, 2000)

Apesar de, em sua origem, o Serviço Social na saúde mental buscar conhecimento sobre o funcionamento mental do usuário, essa busca não possuía a intencionalidade de produzir possibilidades de emancipação e/ou autonomia dos sujeitos. O objetivo da coleta de dados, da leitura da realidade e da intervenção profissional objetivava o ajustamento do sujeito às normas sociais daquela sociedade. Buscava se inteirar de vários aspectos da vida dos usuários, porém com o intuito de identificar o que era considerado destoante em sua singularidade para que, através da intervenção profissional, pudessem enquadrá-lo, a partir de uma suposta habilidade de adaptação do próprio indivíduo, no que era considerada a totalidade naquele tipo de sociabilidade.

Segundo Vasconcelos (2000), em 1912 nos Estados Unidos, a psiquiatria havia penetrado de tal forma nas práticas do Serviço Social, que Mary Jarret, assistente social da época, lançava um livro no qual defendia que mesmo em casos não psiquiátricos, os princípios da higiene mental poderiam levar à promoção do desenvolvimento normal e saudável dos indivíduos. Segundo Jarret:

Na medida em que a adaptação do indivíduo depende de seu funcionamento mental, a compreensão dos processos mentais é fundamental para toda atividade que se propõe a promover melhores ajustamentos do indivíduo. A especialidade do trabalho de caso social é promover o ajustamento do indivíduo socialmente desajustado, levando-o a estabelecer a melhor relação possível com todos os elementos que compõem o seu meio ambiente. A habilidade especial do assistente social de caso é estudar o conjunto dos relacionamentos que constituem a vida de uma pessoa e construir, a partir dos elementos encontrados no indivíduo e no meio ambiente, uma vida o mais saudável possível. Nossas relações com o ambiente originam-se em fatos mentais, físicos e econômicos, existentes em nossa própria experiência e na das outras pessoas. Não importa qual destas três classes de fatores é considerada de primordial importância, na medida em que todos são decisivos no tratamento de um caso de desajuste social. (VASCONCELOS apud JARRET, 1919:55, *The psychiatric thread running through all social case work*)

Ainda, Segundo Vasconcelos (2000), em seu livro, Jarret propõe a inclusão do ensino de psiquiatria na formação profissional do Serviço Social. Essa mesma posição chega a ser posteriormente defendida por Jessie Taft, professor de Serviço Social. Podemos, portanto observar que na área de saúde mental, a profissão, na época tinha sua identidade diretamente ligada à psiquiatria.

Dessa forma, contrário ao envolvimento de Richmond com as questões ambientais, ainda inerente ao modelo, o foco fundamental está nos processos individuais, ignorando o contexto social em que aqueles estão inseridos. (VASCONCELOS, p. 139, 2000)

Esse movimento não demorou a chegar ao Brasil que, no contexto de abolição da escravidão em 1888 e da Nova República de Vargas em 1930, sofria com grandes problemas de ordem social e de saúde. Logo, influenciado pela experiência internacional, o Governo Vargas adotou a política higienista como respostas a tais expressões.

Nesse contexto, o movimento de higiene mental surgiu com a criação da Liga Brasileira de Higiene Mental. Fundada no Rio de Janeiro, em 1923, pelo psiquiatra Gustavo Riedel. A Liga tinha como objetivo primordial a melhoria na assistência aos doentes mentais, através da modernização do atendimento psiquiátrico. A Liga era uma entidade civil, reconhecida publicamente através de subsídios federais, e composta pelos mais importantes psiquiatras brasileiros. De 1923 a 1925, a Liga seguiu a orientação de Riedel. A partir de 1926, influenciados pelo contexto político e pelo contato com ideias alemãs, francesas e norte-americanas, os diretores da Liga mudaram sua orientação, de modo que uma clara tentativa de “normalizar” a população tornou-se o principal objeto para os médicos em seus esforços para inibir

os deficientes mentais. Os princípios da eugenia e da higiene mental incentivavam psiquiatras que pretendiam colaborar para a criação de uma nação próspera, moderna e mais saudável. (SEIXAS, André, MOTA, André e ZILBREMAN, Monica, 2009)

É no bojo de uma sociedade católica, positivista e eugenista, e para atender às exigências das classes dominantes, com grande participação de parlamentares, que surge a primeira escola de Serviço Social do Brasil:

É importante anotar que a influência desse grupo de parlamentares no Serviço Social não se deu apenas no plano doutrinário e legislativo, mas marcou claramente a iniciativa concreta de fundação da primeira escola de Serviço Social, através da deputada constituinte Dra. Carlota Pereira de Queiroz [...]. (VASCONCELOS, p. 145, 2000)

Para uma mais ampla compreensão do que foi o Serviço Social no Brasil no início do século XX, é necessário explicitar que as primeiras assistentes sociais surgiram no final da década de 1930 e eram mulheres brancas vinculadas à igreja católica. O viés religioso, nesse período era fator intrínseco da profissão visto a forte influência que a igreja implicava naquele contexto. Vale ressaltar que no Brasil, no âmbito da saúde mental, as Santas Casas de Misericórdias foram os primeiros manicômios que, como citado anteriormente nesse estudo, mantinham pessoas com transtornos mentais em seus porões. O conjunto desses fatores corroborou para a construção da compreensão da profissão que, frequentemente, se expressa hoje em nossa sociedade: a de profissional ligado à bondade, benevolência e caridade.

É necessário ressaltar que a profissão foi regulamentada somente no ano de 1957, através da Lei 3252, e como está em constante transformação, com o passar dos anos e os acontecimentos históricos, foi assumindo novas características. Temos o movimento de Reconceituação como um grande marco nesse processo:

O Movimento de Reconceituação do Serviço Social, iniciado na década de 1960, representou uma tomada de consciência crítica e política dos assistentes sociais em toda a América Latina, não obstante, no Brasil as condições políticas em que ele ocorreu trouxe elementos muito diversos dos traçados em outros países. As restrições da Ditadura Militar, principalmente depois do Ato Institucional nº 5 (Barros, 1997, p.42), trouxeram elementos importantes nos rumos tomados pelo Serviço Social em seu processo de renovação. Esses profissionais, mediante o reconhecimento de intensas contradições ocorridas no exercício profissional, que se apoiava na corrente filosófica positivista, de Augusto Comte, questionavam seu papel na sociedade, buscando levar a profissão a romper com a alienação ideológica a que se submetia. Suas expectativas e desejos voltavam-se para a busca da identidade profissional do Serviço Social e sua legitimação no mundo capitalista. Para tanto, uma nova proposta teórico-ideológica deveria alicerçar o ensino da profissão, originando uma prática não assistencialista, mas transformadora, comprometida com as classes populares. (PIANNA, p.95-96, 2009)

Outro fator de extrema importância para o ethos profissional foi a impressão de um novo referencial teórico:

É nos anos 80 (séc. XX) que a teoria social de Marx inicia sua efetiva interlocução com a profissão. Outras estratégias passam a compor a prática profissional: educação popular, assessoria a setores populares, investigação e ação e principalmente a redefinição da prática da Assistência Social. É no bojo deste debate que o Serviço Social consegue, ao longo dos últimos 30 anos, ir definindo uma concepção mais crítica de sua própria inserção no mundo do trabalho, como especialização do trabalho coletivo. (PIANNA, p.98, 2009)

A somar a todas essas novas configurações do projeto profissional, em 1988, a âmbito nacional é promulgada a nova Constituição que, dentre uma das leis, determina a saúde como um direito de todos. Para efetivá-lo, é criado o SUS, que, consequentemente, exige uma redefinição do espaço profissional do assistente social.

Ao conceber a saúde como um direito de todos, através dos princípios de universalidade, integralidade, e do conceito ampliado de saúde, o trabalho interdisciplinar é chamado a fazer parte do novo sistema e, dentro dessa interdisciplinaridade se insere o Serviço Social. Porém, é somente em 1998, através da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (nº 287/1998), que estabelece dezoito profissões como sendo de saúde, que o Serviço Social é retificado como tal.

A completar a regularização da profissão na área, em 1999 a Resolução do CFESS (nº 383/1999) caracteriza o assistente social como profissional da saúde, porém considera que o objetivo do trabalho profissional não é a enfermidade em si, mas o âmbito da Questão Social que interfere no processo saúde-doença dos sujeitos, já que entende se a saúde como um direito: *Considerando que o Serviço Social não é exclusivo da saúde, mas qualifica o profissional a atuar com competência nas diferentes dimensões da questão social no âmbito das políticas sociais, inclusive a saúde. (CFESS, 1999).*

A Resolução caracteriza e reafirma que o profissional de Serviço Social que atua na área da saúde na atualidade no Brasil difere do profissional conservador que buscava conhecimento sobre o funcionamento mental do usuário com vista a interferir diretamente nos processos biológicos causadores das enfermidades a fim de enquadrá-lo em um padrão socialmente aceito e ditado pela burguesia. O assistente social, hoje, deve sim buscar entender o sujeito em sua totalidade, mas compreendendo que sua intervenção está no âmbito sócio-cultural, econômico e político:

Considerando que atribui-se ao assistente social, enquanto profissional de saúde, a intervenção junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos que reduzam a eficácia dos programas de prestação de serviços nos níveis de promoção, proteção e/ou recuperação da saúde; Considerando que o Assistente Social, em sua prática

profissional contribui para o atendimento das demandas imediatas da população, além de facilitar o seu acesso às informações e ações educativas para que a saúde possa ser percebida como produto das condições gerais de vida e da dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas do País; Considerando que, para a consolidação dos princípios e objetivos do Sistema Único de Saúde, é imprescindível a efetivação do Controle Social e o Assistente Social, com base no seu compromisso ético-político, tem focalizado suas atividades para uma ação técnicopolítica que contribua para viabilizar a participação popular, a democratização das instituições, o fortalecimento dos Conselhos de Saúde e a ampliação dos direitos sociais [...] (CFESS, 1999)

Segundo Robaina, tais atribuições ainda são de difícil compreensão para muitos profissionais nas equipes de saúde mental e diversos resquícios do serviço social psiquiátrico ainda estão presentes na atuação profissional, o que em nada contribui para a identidade da profissão.

Já nas equipes de saúde mental, o assistente social deve contribuir para que a Reforma Psiquiátrica alcance seu projeto ético-político. Nessa direção, os profissionais de Serviço Social vão enfatizar as determinações sociais e culturais, preservando sua identidade profissional. Não se trata de negar que as ações do assistente social no trato com os usuários e familiares produzam impactos subjetivos, o que se põe em questão é o fato do assistente social tomar por objeto a subjetividade, o que não significa abster-se do campo da saúde mental, pois cabe ao assistente social diversas ações desafiantes frente às requisições da Reforma Psiquiátrica tanto no trabalho com as famílias, na geração de renda e trabalho, no controle social, na garantia de acesso aos benefícios (ROBAINA, 2009)

É importante ressaltar que além da Resolução nº 383/1999, anteriormente citada, do Código de Ética e da Lei nº 8662/1993 que regulamenta a profissão, o CFESS também baliza a atividade profissional através dos Parâmetros Para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde e considera quatro eixos principais:

[...] atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional... Importante destacar que esses eixos não devem ser compreendidos de forma segmentada, mas articulados dentro de uma concepção de totalidade. (CFESS, p. 41, 2010)

É nesse contexto que no próximo item abordaremos o trabalho do assistente social no NAPS I de Santos.

3.1. A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NÚCLEO DE APOIO PSICOSSOCIAL - NAPS I DE SANTOS

Através da experiência de estágio da pesquisadora, de abril de 2014 à dezembro de 2015, foi possível o acompanhamento do trabalho de uma das assistentes sociais da unidade por uma média de oito horas semanais.

Atualmente o NAPS I conta com duas profissionais da área que cumprem carga horária de seis horas diárias, de segunda à sexta-feira. Geralmente há o revezamento em turnos para que os usuários possam ter acesso aos atendimentos do Serviço Social tanto no período matutino, quanto no vespertino.

As atividades realizadas pelas profissionais englobam: triagem, atendimento individual e/ou familiar, visita domiciliar, atendimento no plantão, elaboração de relatórios, registro em prontuários e livro de plantão, encaminhamentos, reuniões de rede (com menor frequência) e equipe, preenchimento mensal de RAAS (Registro de Ações Ambulatoriais de Saúde), intermediação entre médico e usuário, e realização de grupos. Esse último não vem sendo realizado ultimamente.

O profissional do NAPS é parte da equipe multiprofissional que tem em sua composição: acompanhante terapêutico, terapeuta ocupacional, psicólogo, enfermeiro, técnico em enfermagem e médico psiquiatra.

No tocante às especificidades do Serviço Social, as demandas, muito frequentemente, são encaminhadas pelos outros profissionais que, ao realizar atendimentos, entendem que essas são específicas do Serviço Social. Dentre elas, destacam-se: orientação acerca de benefício previdenciário ou acerca de condicionalidades para a participação em algum programa de transferência de renda ou ainda para a obtenção de gratuidade no transporte público. Podemos ainda citar a busca por melhores condições de moradia e formas de geração de renda.

A demanda por atendimento psiquiátrico na unidade é enorme e, devido ao número limitado de profissionais e ao grande contingente que busca atendimento no NAPS I, inclusive advindo de outras cidades da região, já que essas apresentam o desmantelamento de tais serviços ou simplesmente não os possuem. O trabalho do assistente social se torna algo burocrático e engessado, atendendo as demandas emergenciais impostas por essa configuração.

Observando a atuação, é possível notar o assistente social trabalhando, muitas vezes, apenas como um suporte ou intermediador da atuação médica. É comum observar a forma

mecânica como a atuação tem se dado no cotidiano: o usuário passa pela triagem, o assistente social colhe os dados e agenda a consulta com o médico. Processo que hoje pode levar de dois a três meses para ocorrer. Outra situação recorrente é a do assistente social como interlocutor entre usuário e médico. Ao não sentir-se a vontade para ter um diálogo mais amplo com o psiquiatra durante sua consulta e a pouca quantidade de profissionais de medicina na unidade, o usuário acaba, por diversos motivos (a não adaptação com a medicação, a acentuação de algum sintoma, a necessidade de laudo para perícia no INSS, etc), procurando atendimento na recepção e encaminhado para o plantão técnico. Ao deparar-se com tal situação, o assistente social, amparado na imediatividade, tenta comunicar-se com o médico a fim de sanar aquela demanda que emerge no momento. É como se o profissional do Serviço Social necessitasse de outro para dar respostas aos usuários. Como se esse segundo estivesse em posição superior.

O diálogo do assistente social com a maioria dos médicos da unidade, geralmente configura-se como algo distante, breve, entre uma consulta e outra. O contato se dá, quase que 100% das vezes, por insistência do assistente social. É como se a grande parte dos profissionais de medicina estivesse alheia à equipe e seu trabalho fosse algo separado do processo.

Nesse viés, podemos problematizar como o tratamento em saúde ainda tem sua centralidade no profissional de medicina e quanto o processo de medicalização está presente em nossa sociedade. O usuário chega ao serviço com o objetivo de conseguir passar por consulta médica e sair da unidade com uma receita. Muitas vezes decepciona-se ao saber que não será atendido pelo médico, e sim pelo assistente social. E mesmo durante atendimento com o assistente social pede por medicação. Por vezes os profissionais da unidade precisam explicar que somente o médico pode prescrever remédios.

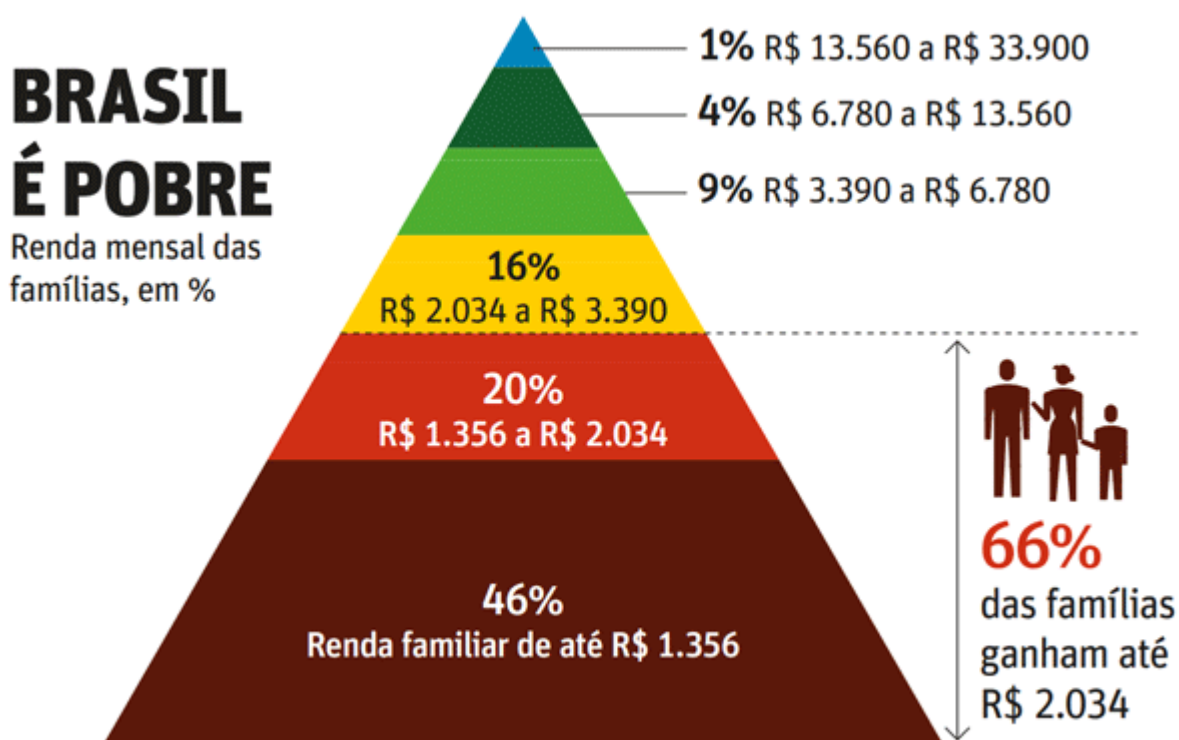
Nessa dinâmica, não podemos, e tampouco é nossa função, responsabilizar nenhuma das partes, pois a cultura do medicamento está enraizada em nossa sociedade. Ir ao médico e não ser medicado, para a população ocidental, é sinônimo de perda de tempo, de viagem perdida. Os médicos ocidentais são formados para identificar e combater as doenças, e não para promover a saúde.

Não podemos deixar de citar o contexto social e econômico em que essas relações se dão e como foi o processo de inserção de tais profissões na sociedade, o status social que é atribuído ao profissional de medicina: que é sempre denominado como doutor, alguém a quem estão associados valores como respeito e sabedoria. Por outro lado, sobre o Serviço Social pairam ideias de profissional feminino, da caridade, do favor e da benevolência. Sua formação técnica é pouco valorizada e entendida socialmente. Vale ressaltar aqui o recorte de

gênero da profissão, historicamente composta por mulheres que, em uma sociedade capitalista sofrem com menores salários, assédio moral e sexual, preconceito sobre sua capacidade intelectual, posição de subalternidade, etc.

Para materializar tais relações, podemos pensar em como a medicina sempre foi considerada uma área de atuação da elite. Ainda hoje podemos constatar a inacessibilidade ao curso de medicina por parte de pessoas que possuem baixa renda por conta do alto custo de sua mensalidade, que pode variar entre R\$3.200,00 (três mil e duzentos reais) a R\$ 9.000,00 (nove mil reais).

Considerando dados do IBGE, em 2013, 46% das famílias brasileiras tinham rendimento de até R\$ 1.356,00 (mil trezentos e cinquenta e seis reais) e 20% de R\$ 1.356,00 (mil trezentos e cinquenta e seis reais) até R\$ 2.034,00 (dois mil e trinta e quatro reais). Ao analisarmos o gráfico a seguir, podemos constatar que apenas 14% da população poderia custear um curso de medicina. Dentre esses, 13% teriam que desembolsar metade do seu rendimento ou mais, somente para pagar a mensalidade.



Fonte: Datafolha/nov.2013. Obs.: A soma não chega a 100% pois parte dos entrevistados se nega a declarar a renda

Além disso, o enorme fosso existente entre as classes também se traduz no sistema educacional público, que não comporta toda a demanda por ensino superior e exclui grande parte da classe trabalhadora através de processos seletivos.

Outro fator importante e que deve ser levado em conta é a remuneração de ambos os profissionais. Ao acessar o Portal de Transparência da cidade de Santos, constata-se que os salários dos médicos com os maiores rendimentos na unidade estão por volta de R\$ 10.000,00 (dez mil reais), enquanto o assistente social melhor pago recebe por volta de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais).

Por meio da observação da dinâmica da instituição, percebe-se que a maioria dos usuários não entende o papel do Serviço Social na unidade, pois a busca pelo atendimento com o profissional é ainda bastante associada ao fornecimento de cesta básica, medicação e vale transporte. Observa-se também que não há a compreensão de direito pela maioria dos usuários que, ao fim dos atendimentos, agradecem enfaticamente caracterizando sua compreensão do serviço como algo paternalista, com caráter clientelista e esvaziado da noção de direito.

No contexto do NAPS I, a dimensão ético-política do Serviço Social se apresenta na prática profissional, não somente, mas principalmente, através dos atendimentos individuais. Este é o momento em que profissional consegue direcionar sua atuação, abordando o contexto socioeconômico do usuário, condições de vida e moradia, realiza orientação sobre seus direitos, esclarece sobre dificuldades encontradas para a materialização do tratamento devido a escassez de recursos e limites da política de saúde e apresenta caminhos que o usuário possa tomar para que seu direito seja efetivado, geralmente por meio da judicialização através de orientação para que usuário busque a Defensoria Pública ou até o Ministério Público.

Percebe-se que a prática profissional esbarra nos limites institucionais de falta de recursos. Para além dos atendimentos com assistentes sociais, o fornecimento de escassas cestas básicas e vale-transporte, o NAPS não oferece nenhum tipo de serviço que tenha um viés de geração de renda e alcance a maioria dos usuários, por exemplo. O projeto de geração de renda oferecido pela SERP (Serviço de Reabilitação Psicossocial), todavia, atende uma quantidade muito pequena comparado ao universo de usuários da saúde mental que vivem em condições precárias de vida e em situação de desemprego .

Segundo dados do Ministério da Saúde, após a promulgação da Lei n 10.216/2001, a contratação de assistentes sociais e psicólogos na saúde mental cresceu, respectivamente, duas e três vezes mais do que as de psiquiatras. No entanto, durante a realização do estágio é

perceptível a centralidade do tratamento na medicação e no atendimento médico, tendo grandes dificuldades de ultrapassar o viés biológico no que tange às respostas profissionais. Além disso, os serviços oferecidos perpassam um enorme aparato burocrático no que diz respeito aos processos, gerando inércia e morosidade nos resultados e nem sempre garantindo direitos constitucionalmente conquistados.

Segundo, Luis Carlos Aiex Alves, conselheiro do Cremesp (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo) e psiquiatra, não foram feitos os investimentos necessários na área da saúde mental no período pós Reforma Psiquiátrica:

Aiex Alvez considera que muito precisa ser feito em relação aos ambulatórios de saúde mental, que prestam assistência às pessoas com transtornos mentais menores – cerca de 9% da população. “Especialmente em municípios grandes, com maior demanda de assistência, seu funcionamento sofre crises frequentes. A maioria possui imensas filas de espera, sendo necessária a reformulação de seu papel na rede de assistência à saúde mental. O conselheiro também argumenta que o processo de des-hospitalização não foi acompanhado do indispensável aumento do investimento público em saúde mental, mas do seu decréscimo. No período de 1995 a 2005 as despesas com saúde mental caíram de 2,66 para 1,95 US\$ per capita. “A experiência de outros países demonstra que a mudança para um sistema de cuidados psiquiátricos comunitários implica sempre o aumento do financiamento. Isso é particularmente preciso na fase transitória, quando os custos são ainda maiores por causa da coexistência dos dois sistemas. (CREMESP, 2007)

Os dados acima revelados são retrato da realidade vivida no NAPS I de Santos. Esse configura o contexto em que o Serviço Social se insere na saúde mental.

A parcial abolição das internações psiquiátricas implica em maior investimento na atenção básica, pois muitas das demandas poderiam ser melhores atendidas se houvesse nas UBSs, por exemplo, uma mais ampla estrutura para atender significativa parte desses usuários, hoje atendidos pelo NAPS, evitando assim a superlotação e a precarização dos serviços. Outros equipamentos públicos, como: CRASs, centros culturais, escolas, poderiam também contar com melhores estruturas para poder prover uma rede de apoio que abrangesse as demandas dos usuários da saúde mental, formando uma grande rede que de fato funcionasse e promovesse atividades esportivas, educativas, de geração de renda, entre outras; porém, como esse não foi realizado se tem uma política que tenta remediar a questão da pessoa com transtornos mentais de forma paliativa e não integral. O tratamento acaba por ter como pilar principal a medicação, que sim pode inibir os sintomas da doença e é parte importante do processo de tratamento, mas que ao mesmo tempo priva o usuário de diversas atividades devido a seus efeitos colaterais. Alguns usuários buscam o assistente social para relatar queixas sobre a medicação que o deixa lento, inapto para o trabalho e estudo, causa

sonolência exacerbada, aumento de peso devido à fome aumentar, a perda da libido, entre outros. Há também o grupo de usuários em que a inércia é tão grande que sequer conseguem refletir sobre o efeito da medicação em seu corpo, sua vida. Muitos desses seguem institucionalizados, têm pouco ou nenhum vínculo social para além do NAPS.

O não fortalecimento da rede de saúde mental e sócio assistencial limita cada vez mais o tratamento ao uso do medicamento. Há um movimento de suprir necessidades sociais através da medicalização do social, reafirmando o processo de exclusão e contribuindo para reiterar o estigma do usuário na sociedade. Proposta contrária a da Reforma Psiquiátrica.

O profissional de Serviço Social, segundo seu Código de Ética, de 1993, tem onze princípios fundamentais para o exercício da profissão. Dois deles são: o reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes – autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais; e empenho na eliminação de todas as formas de preconceito, incentivando o respeito à diversidade, à participação de grupos socialmente discriminados e à discussão das diferenças.

Diante desses princípios, o profissional é chamado a intervir no processo de medicalização do social a fim de elaborar ações que tragam contribuições e conquistas à classe trabalhadora. E, com intuito de se apropriar das formas de como esse processo tem se dado na realidade do NAPS I, no próximo item será apresentada a sistematização de entrevistas realizadas com as duas profissionais de Serviço Social da unidade.

3.2. PESQUISA DE CAMPO

A Pesquisa de Campo consiste em estudar um problema real através de experiências, para isso o pesquisador é chamado a dialogar com a realidade a ser investigada em determinada área.

Minayo explana sua importância ao afirmar que:

Ela realiza um momento relacional e prático de fundamental importância exploratória, de confirmação de hipóteses e de construção de teoria. O trabalho de campo é uma fase tão central para o conhecimento da realidade que Levy-Strauss (1975) o denomina "*ama de leite*" de toda a pesquisa social. (MINAYO, p.26, 2009)

O campo pode ser denominado como um terreno cheio de caminhos a serem traçados, apreendidos e explorados pelo pesquisador. É através dele que se tem a possibilidade de conhecer os fenômenos da realidade. Para isso, nesse estudo, foi delimitado como campo, o NAPS I de Santos, tendo como objeto a atuação do assistente social na instituição.

O método selecionado foi o da pesquisa qualitativa, aquela que não pretende obter resultados estatísticos e tampouco explorar variáveis.

Ela se preocupa [...] com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, p. 21 – 22, 2006)

Partindo desse princípio, foi traçado o percurso que o estudo faria e selecionada como um dos instrumentos a observação participante, que Minayo (2009) considerada não apenas como uma estratégia no conjunto da investigação das técnicas de pesquisa, mas como um método que, em si mesmo, permite a compreensão da realidade.

Definimos observação participante como um processo pelo qual um pesquisador se coloca como observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador, no caso, fica em relação direta com seus interlocutores no espaço social da pesquisa, na medida do possível, participando da vida social deles, no seu cenário cultural, mas com a finalidade de colher dados e compreender o contexto da pesquisa. Por isso, o observador faz parte do contexto sob sua observação e, sem dúvida, modifica esse contexto, pois interfere nele, assim como é modificado pessoalmente. (MINAYO, p.70, 2009)

Outro instrumento utilizado foi a entrevista semiestruturada que, segundo Minayo (2009), combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada.

Os assistentes sociais, sujeitos da pesquisa, participaram de forma voluntária, entendendo a importância do estudo para a atuação profissional na saúde mental e as contribuições que o estudo poderia trazer para esta área. As participantes foram esclarecidas acerca do sigilo da pesquisa e informadas que o material de áudio contendo as entrevistas seria deletado após sua análise.

A observação participante da atuação do assistente social se deu durante a experiência de estágio na unidade e compreendeu o período de abril do ano de 2014 a novembro de 2015. O objeto da observação foi a prática profissional das duas assistentes

sociais que trabalham na unidade que, foi acompanhada durante uma média de oito horas semanais, sempre no período matutino, no qual participei de todas as atividades realizadas por uma das assistentes sociais e, parcialmente, das atividades realizadas pela segunda profissional, devido a configurações institucionais.

No tocante às entrevistas, após elaborado prévio roteiro composto por nove perguntas, esse foi submetido à aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Santos que, após aprovado pela coordenadoria de Formação e Educação Continuada em Saúde (COFORM), foi aplicado aos sujeitos da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas pessoalmente pela pesquisadora e o registro feito através de áudio. Para deixar os sujeitos o mais a vontade possível e facilitar a obtenção das respostas, o questionário foi aplicado separadamente para cada uma das profissionais e buscou-se respeitar seu tempo e forma de responder, deixando-as livres para que colocassem suas idéias da forma que compreendessem mais adequadas à sua apreensão sobre o tema pesquisado. O tempo de duração era livre, ficando a critério da necessidade de cada uma das participantes.

Nesse contexto observamos o quanto a pesquisa semi-estruturada pode contribuir para melhores resultados na pesquisa pela liberdade que proporciona ao entrevistador e entrevistado.

As técnicas de entrevista aberta e semi-estruturada também têm como vantagem a sua elasticidade quanto à duração, permitindo uma cobertura mais profunda sobre determinados assuntos. Além disso, a interação entre o entrevistador e o entrevistado favorece as respostas espontâneas. Elas também são possibilitadoras de uma abertura e proximidade maior entre entrevistador e entrevistado, o que permite ao entrevistador tocar em assuntos mais complexos e delicados, ou seja, quanto menos estruturada a entrevista maior será o favorecimento de uma troca mais afetiva entre as duas partes. (BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema, p. 75, 2005)

Posteriormente à coleta de dados, esses foram sistematizados e submetidos à análise a luz das referências bibliográficas da pesquisa a fim de identificar ações das assistentes sociais e sua contribuição na perspectiva da não medicalização da Questão Social no NAPS I de Santos.

A análise dos dados é parte primordial para o estudo e requer que o pesquisador se debruce sobre as informações contidas no material coletado a fim de alcançar um grau de significação mais amplo dos conteúdos.

Inicialmente procuramos fazer uma leitura compreensiva do conjunto do material selecionado, de forma exaustiva. Trata-se de uma leitura de primeiro plano para

atingirmos níveis mais profundos. Nesse momento, deixamo-nos impregnar pelo conteúdo do material. Através dessa leitura buscamos: (a) ter uma visão de conjunto, (b) apreender as particularidades do conjunto do material a ser analisado, (c) elaborar pressupostos iniciais que servirão de baliza para a análise e a interpretação do material [...] (e) determinar os conceitos teóricos que orientarão a análise. (MINAYO, p. 91, 2009)

Diante desse processo, a pesquisa identifica que as profissionais de Serviço Social no NAPS I de Santos demonstram ter conhecimento sobre o tema medicalização e a clareza de que o conceito não está apenas atrelado à quantidade do uso de medicamentos, mas às implicações sociais envolvidas nesse processo.

Ao compreenderem que muitos dos sofrimentos mentais, como: ansiedade, depressão e síndrome do pânico, tiveram seu desencadeamento devido, também, a vivências experienciadas pelo sujeito, as profissionais expressam a importância direta que o aspecto social tem nesse processo e reiteram a necessidade da atuação do Serviço Social na saúde mental.

As entrevistadas também verificam que esse processo está presente no NAPS I ao afirmarem que a demanda por obtenção de medicação é a mais frequente nos atendimentos de plantão e triagem realizados também pelo Serviço Social. Uma das profissionais afirma ainda que essa demanda ultrapassa em grande escala a demanda por atendimento psicológico, por exemplo. Ela atribui a procura por medicação a mais de 90% (noventa por cento) dos atendimentos por ela realizados.

Outro fator citado por uma das participantes da pesquisa foi que, durante o atendimento, muitas vezes, observa-se que o usuário busca pela medicação a fim de *tentar encobrir questões que ele está vivenciando, que são difíceis mesmo. Desde um luto, mas muitas vezes é a vulnerabilidade social, familiar, filho no tráfico... É o desemprego... a baixa renda, a precarização do trabalho*. Também citado como agravante, segundo a outra profissional, temos as condições precárias de moradia: *as palafitas*, bastante comuns no território de abrangência da unidade.

O relato das profissionais precisa ser considerado como importantes características dos usuários atendidos pela unidade. É um dado a ser sistematizado, pois não se revela como demanda individual, e sim de um grupo. Nessa perspectiva, o conhecimento da realidade do território é peça fundamental para que planos de ação possam ser elaborados.

Considerando o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), por exemplo, podemos constatar que a desigualdade no município cresceu entre os anos de 2000 e 2010 e que o NAPS I é parte de um território que compreende uma parcela bastante

empobrecida de uma cidade que comporta extremos. Segundo a AGEM (Agência Metropolitana da Baixada Santista),

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Santos seria o equivalente da Estônia (0,840), o 33º país do mundo com o melhor IDH. O IDH registrado nas regiões do Boqueirão e do Gonzaga é considerado muito alto e supera a marca do país com o melhor IDH verificado, a Noruega, com 0,944. O IDH verificado nas áreas de maior vulnerabilidade social de Santos estaria na 199ª colocação se comparado ao grupo formado por 187 países, ficando abaixo da África do Sul e Síria (0,658, sendo que a segunda nação vive uma guerra civil). (AGEM, 2015)

Nesse viés, as profissionais ainda ressaltaram a importância da medicação como parte do tratamento, porém acreditam que em sua maioria, os usuários poderiam estar sim utilizando em menor quantidade, desde que houvesse uma melhora em sua condição econômica e social. Relatam que há usuários que conseguiram diminuir a quantidade de medicamento ingerida, porém esses compreendem uma parcela ínfima diante do universo de pessoas que fazem tratamento medicamentoso na unidade.

Durante a entrevista, uma das profissionais menciona que se a forma com que a questão da medicalização é trabalhada pela equipe fosse diferente, muito mais poderia ser alcançado nesse sentido. Segundo as entrevistadas, atualmente, nesse viés, só há a discussão do assunto entre os profissionais acerca de casos isolados.

Apesar da questão da medicalização do social ser uma demanda de uma grande parcela de usuários, a temática não é abordada pela equipe de forma a organizar ações que proponham mudanças de alcance coletivo. As situações são tratadas e/ou discutidas isoladamente.

Uma das assistentes sociais levanta o fato de que a forma como a medicalização é discutida na equipe traz certo desconforto para que pensem em uma maneira de mudar tal situação, porém afirma que *essa é uma questão muito enraizada, então não é fácil porque envolve muito o médico. É uma conduta médica. Então a cultura ainda está muito enraizada para a medicação. São nossas inquietações, mas não há nenhuma ação que vá discutir* (no sentido de problematizar) *isso com os médicos.*

Ressaltamos aqui que, segundo o Art. 8º do Código de Ética do Assistente Social (1993): é dever do assistente social contribuir com a correlação de forças institucionais, apoiando as legítimas demandas de interesse da população usuária.

Ainda, segundo uma das entrevistadas, as contribuições do assistente social nesse processo foram a de conversar com o médico acerca das queixas individuais que o usuário trouxe a ela no que tange a não adaptação à medicação e, diante disso, o profissional de

medicina reviu a prescrição e diminuiu a quantidade de remédios; o outro tipo de intervenção profissional do Serviço Social mencionada no decorrer da entrevista foi a de, durante os atendimentos individuais, buscar refletir, juntamente com o usuário, alternativas que não sejam somente a medicação. *Refletir sobre a história de vida dele, sobre as possibilidades de autonomia que ele tem de fazer algumas mudanças no tratamento... Não apenas com remédio, mas com outros recursos.*

No que tange a situação acima citada, a lei que regulamenta a profissão (Lei n.º 8.662/1993) e define as competências do assistente social, afirma que o profissional deve: orientar indivíduos ou grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer o uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos.

O grande desafio é ultrapassar a falta desses recursos, sejam eles materiais ou humanos que, em um cenário neoliberal de capital internacionalizado, se acentua e atinge violentamente a classe trabalhadora. Anterior ao movimento de buscar alternativas à falta desses recursos se põe também o desafio ao assistente social decifrar, de entender e se apropriar da realidade atual tomada pelas novas configurações do capital, como a financeirização, por exemplo, e como isso reflete em seu campo de atuação.

Assim, o capital internacionalizado em amplo movimento de concentração e centralização da propriedade de empresas expande sua face financeira e especulativa, com irrestrita liberdade de operar sem regulamentações. É acompanhado da redução da capacidade contratual da força de trabalho, do aprofundamento das distâncias e desigualdades entre países do centro e da periferia. Referendado e apoiado pelas políticas imperialistas ditadas pelos organismos multilaterais, o capital subordina, aos seus fins de valorização, toda a organização da vida em sociedade: a economia, a política, a cultura. Potencia as mistificações – o mundo dos seus fetichismos –, tornando opacas as relações de exploração e subordinação política que mantém com os trabalhadores (e suas lutas), que nutrem o processo de acumulação e sua desagregação. (IAMAMOTO, p. 53, 2015)

A pesquisa revelou que apesar do NAPS I fornecer medicamentos para uma larga escala de usuários, aqueles que são considerados como ambulatoriais, ou seja, só comparecem à unidade na data da consulta e para retirar medicamentos, não participam de nenhuma outra atividade proposta pela unidade que, apesar de existir, atingem um número bem reduzido de usuários: por volta de dez a quinze pessoas.

Das atividades citadas nas entrevistas, as que são desenvolvidas atualmente pelos diversos técnicos da unidade englobam: caminhada, cinema, oficinas de percussão e bordado e um grupo que a psicóloga realiza. Considerando que o total de atendimentos realizados pelo

NAPS I gira em torno de dois mil mensais, podemos observar a lacuna existente nessa dinâmica.

Uma das profissionais cita que são poucas as atividades oferecidas e que um grande passo no processo de tratamento seria a parceria da família que, acompanharia e traria mais resultados positivos.

Nesse aspecto, durante a observação da prática profissional, foi percebido um grande esforço das assistentes sociais no sentido de fortalecer e/ou resgatar vínculos familiares dos usuários, compreendendo esse como um aspecto em que o Serviço Social desempenha grande contribuição no tocante ao fortalecimento dos laços sociais e melhores resultados no tratamento.

Acerca de atividades específicas do Serviço Social, as entrevistadas mencionaram os atendimentos individuais, onde realizam orientação sobre a Previdência Social, Benefício de Prestação Continuada (BPC), incentivam a participação em atividades, entre outros relacionados ao Serviço Social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As diversas questões que o tema da *loucura* tem levantado através de toda a história da humanidade têm causado um movimento em direção à busca de alternativas para melhor compreendê-la e, assim, podermos conviver melhor com ela. Durante esse processo ela já foi exilada através das Naus, considerada divina, bruxaria e até mesmo caso de polícia.

Os passos foram traçados através dos anos, e juntamente com o homem e suas descobertas, esse conceito foi mais uma vez se modificando. Hoje temos o entendimento de que o conjunto que, outrora, considerado desviante, se trata de uma patologia.

Houve esforços do homem para que esse conjunto de sintomas fosse sistematizado e catalogado. Na atualidade temos centenas de possíveis diagnósticos listados na Classificação Internacional de Doenças (CID) que se enquadram como transtorno mental. Muito provavelmente, qualquer pessoa que for buscar folheá-lo se identificará com ao menos um deles. Temos desde a esquizofrenia até o distúrbio desafiador e de oposição.

Isso nos leva a refletir o quanto o homem tem tentado codificar questões inerentes à vida que, no contexto capitalista, não são aceitas. Aquele que, por ter um comportamento que destoa da maioria não consegue exercer as atividades propostas por esse modo de produção que, nos condiciona desde pequenos a obedecer a regras, seguir padrões, como: ir à escola, se casar com pessoa do sexo oposto, ter formação profissional, e mais, para manter-se vivo nesse modo de produção é necessário trabalhar. Porém aquele que realiza o trabalho não se apropria de todo o valor gerado por ele.

Como nesse tipo de sociabilidade toda condição material para a reprodução da vida é obtida através do dinheiro, a classe trabalhadora tem como seu único meio de sobrevivência: trocar sua força de trabalho por ele.

Nesse contexto acirra-se a competição, a violência, a fome, a falta de saúde, fatores que compreendem expressões da Questão Social e objeto da intervenção do profissional de Serviço Social que, diante dessas demandas busca dar respostas à classe trabalhadora. Porém, ao mesmo tempo em que responde às necessidades dessa, também dá respostas ao Capital. Partindo daí, é necessário enfatizar o quanto o assistente social que, assim como o usuário, também faz parte da classe trabalhadora, é peça intrínseca e importantíssima na organização da mesma, promovendo, de forma coletiva, através de grupos, reuniões, assembleias, etc., discussões que fomentem como esse modo de produção precisa ser superado.

Sendo assim, esse estudo buscou problematizar a medicalização do social como uma das expressões da Questão Social na atualidade e, portanto configura objeto da intervenção profissional do assistente social, pois na medida em que se medica, muitas vezes, a fim de mascarar problemas sociais, ou se adoecer por conta desses, seus sintomas não podem ser tratados apenas através de alternativas biomédicas, pois sozinhas, essas não alcançam a totalidade da realidade do sujeito.

Dessa forma, essa pesquisa buscou contribuir de maneira, mesmo que limitada, com a discussão, que ainda é pequena no seio da profissão, acerca das ações dos assistentes sociais na perspectiva da não medicalização do social, pois:

A investigação, quando compromissada em libertar a verdade de seu confinamento ideológico, é certamente um espaço de resistência e de luta. Trata-se de uma atividade fundamental para subsidiar a construção de alternativas críticas ao enfrentamento da *questão social* que fujam à mistificação neoliberal; para subsidiar a formulação de políticas sociais alternativas aos dogmas oficiais, a atuação dos movimentos das classes sociais subalternas, assim como a consolidação de propostas profissionais que fortaleçam a ruptura com o conservadorismo e afirmem o compromisso com o trabalho, os direitos e a democracia. (IAMAMOTO, p. 452, 2015)

Para a construção de ações coletivas é necessário que antes o usuário tenha conhecimento sobre quem ele é, como se insere no processo de tratamento e como a medicação interfere em sua vida.

Esse é um grande desafio a ser enfrentado pelo assistente social profissional de saúde mental, equipe e próprios usuários, levando em conta o baixo grau de autonomia apresentado por muitos usuários. Isso se atribui tanto aos próprios sintomas dos transtornos ou ao uso a longo prazo e/ou exacerbado de medicação.

Partindo dessa necessidade, o grupo Interfaces - Grupo de Pesquisa em Gestão e Subjetividade, que existe desde 2004 e é vinculado ao Departamento de Saúde Coletiva (antigo Depto. de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas) da UNICAMP, sob coordenação da professora-doutora Rosana Onocko Campos, desenvolveu um Guia de Auto Gestão de Medicação (GAM) inspirados pelo modelo canadense.

Nos últimos vinte anos, os serviços de saúde mental de Quebec (Canadá), propuseram uma nova prática: abriram um espaço de fala a respeito da medicação nos serviços e criaram um Guia de Gestão Autônoma da Medicação (Guia GAM), que se destina a ajudar as pessoas a refletir sobre o uso de medicamentos, para melhorar a qualidade de vida.

Os psicofármacos têm sido a forma mais utilizada de tratar os problemas de saúde mental, mas não é a única e nem sempre é a melhor. A Gestão Autônoma da Medicação (GAM) tem como objetivo possibilitar que as pessoas tenham autonomia

para negociar ativamente os medicamentos que lhes façam bem, assim como acessar outras formas de tratamento. (GAM, p. 10, 2012)

Ainda, segundo o GAM:

Algumas pesquisas mostraram que a oferta de tratamentos em saúde mental é, muitas vezes, apenas oferta de medicamentos. Também, apontam a falta de informação dos usuários sobre o que é prescrito, a não discussão sobre os efeitos indesejáveis, mais particularmente em situações de supermedicação. Essas pesquisas revelam que muitas pessoas param de tomar seus medicamentos por sua própria conta e, em sua grande maioria, acabam piorando e sendo mais medicadas do que antes. Esses achados nos fazem pensar na importância de reconhecer as experiências e o saber dos usuários quanto ao impacto dos medicamentos sobre suas vidas. (GAM, p. 9, 2012)

Partindo dessa proposta, o GAM se materializa em forma de guia que pode ser obtido, inclusive, através da Biblioteca Virtual em Saúde do Governo Federal. A proposta é que cada usuário possa ter seu Guia e que encontros grupais sejam realizados tendo ele como subsídio.

E como, segundo os resultados da Pesquisa de Campo, o tema medicalização no NAPS I, é apenas abordado em âmbito individual, essa seria uma alternativa a ser considerada pelo assistente social, pois: *a proposta de trabalho do guia em espaços grupais parte justamente do entendimento de que a autonomia não se constrói de maneira solitária, mas sim em relação com o outro.* (GAM, 2012).

Depoimentos de usuários mostram que a contribuição do material pode ser de grande valia no que diz respeito à evolução do tratamento:

“Em muitos lugares, diziam que eu era mudo; mas não, era porque eu não queria falar. [...] Eu aprendi muita coisa com o GAM, de eu mesmo poder explicar as coisas pras pessoas. Coisas que eu não fazia, hoje eu sei explicar e eu me sinto bem. Antes, quando falavam alguma coisa comigo, não tinha explicação e eu já partia para a ignorância. Hoje não, eu sento, converso, estão ali me perguntando e eu estou respondendo.” (GAM, p. 13, 2012)

Outros relatos positivos afirmam que:

“Foi muito bom a gente conhecer nossos remédios, ler a nossa bula, e chegar lá no CAPS e falar: ‘ó, eu quero ver o relatório, o meu prontuário, a minha pasta’. É muito importante isso. Gostei muito, que aí eu pude ver meu CID, o que ele significava e tirei todas as dúvidas.”

“No GAM, você aprende a se familiarizar com a medicação, a falar com o médico e conhecer um pouquinho mais sobre o tratamento e tornar as coisas mais claras. Acho que isso é bom.” (GAM, p. 14, 2012)

Sabemos que os desafios são inúmeros e o terreno neoliberal engessa e limita muitas das ações pretendidas pelo assistente social. Os limites institucionais fazem parte do cotidiano dos serviços, sejam eles privados ou públicos, afinal, não podemos perder de vista a figura do Estado como um braço do capital. Por esse motivo é importante que, apesar de necessitar da instituição para realizar sua atividade laboral e vender sua força de trabalho, o assistente social compreenda que seu maior aliado é o próprio usuário que, quando organizado pressiona o capital através de suas lutas. Todo direito conquistado até hoje foi através da luta da classe trabalhadora organizada, da qual faz parte o assistente social.

Em cada espaço institucional deve haver iniciativas em busca da autonomia dos sujeitos e o trabalho constante para que se vejam como sujeitos de direito e parte da classe trabalhadora.

A intencionalidade do assistente social norteado pelo Projeto Ético Político não é a de administrar a pobreza, e sim de criar possibilidades que contribuam para sua superação, nunca sozinho, mas com seus companheiros trabalhadores.

Nesse contexto, as mãos do Serviço Social não podem fazer o papel das paredes dos manicômios e muito menos permitir que os remédios sejam seu concreto!

REFERÊNCIAS

AGEM. **Desigualdade social cresce em Santos.** Disponível em: <<http://www.agem.sp.gov.br/desigualdade-social-cresce-em-santos/>> Acesso em: 24/11/2015.

BONI, Valdete; QUARESMA, Sílvia Jurema. **Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais.** Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC. Vol. 2 nº 1 (3), janeiro-julho/2005. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/emtese/article/viewFile/18027/16976>> Acesso em: 23/11/ 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.html> Acesso em: 24 out 2015.

CÂMARA DOS DEPUTADOS. **Legislação Informatizada – Decreto nº 1.132, de 22 de dezembro de 1903.** Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1900-1909/decreto-1132-22-dezembro-1903-585004-publicacaooriginal-107902-pl.html>> Acesso em: 24/10/2015.

CAPITAL, Carta. **Rivotril, a droga da paz química.** Disponível em: <<http://www.cartacapital.com.br/saude/rivotril-a-droga-da-paz-quimica-3659.html>> Acesso em: 07/11/2015.

CFESS. **Parâmetros Para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Brasília, DF, 2010.** Disponível em:

<http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atualizacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude> Acesso em 23/11/2015.

CFESS. **Resolução número 383.** Brasília, DF, 1999. Disponível em:

<<http://www.cfess.org.br>> Acesso em 23/11/ 2015.

FARIZA, Ignacio. **1% da população mundial concentra metade de toda a riqueza do planeta.** El Pais.

Disponível em:

<http://brasil.elpais.com/brasil/2015/10/13/economia/1444760736_267255.html> Acesso em: 07/11/2015.

FIOCRUZ, Agência de notícias. **Pesquisa mostra alta incidência de transtornos mentais na população de capitais brasileiras.** Disponível em: <<http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/pesquisa-mostra-alta-incidencia-de-transtornos-mentais-na-populacao-de-quatro-capitais>> Acesso em: 07/11/2015.

FOUCAULT, Michel. **História da Loucura na Idade Clássica.** São Paulo: Perspectiva, 1978.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **A questão social no capitalismo.** Temporalis. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social, Brasília, v. 2, n. 3, jan/jun de 2001a, p. 7. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c-v10n1_rosemari.html> Acesso em: 04/12/2015.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche**. São Paulo. Cortez, 2015.

MARX, Karl. **O Capital**. Vol. 1-Parte III. Cap. 7. Disponível em: <https://www.marxists.org/portugues/marx/1867/ocapital-v1/vol1cap07.htm#topp> Acesso em: 05/09/2015

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis. Vozes, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Memória da Loucura**. Disponível em: <http://www.ccs.saude.gov.br/memoria%20da%20loucura/mostra/pinel.html> Acesso em: 15/09/2015.

MORENO, Doris, MORENO, Ricardo. **Transtornos Mentais e de Comportamento: faltam recursos para prevenção e tratamento**. Revista Ser Médico. CREMESP. Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=319> Acesso em: 23/11/ 2015.

PATTO, M. H. S. **Para uma crítica da razão psicométrica**. In: Mutações do cativo: escritos de psicologia e política. São Paulo: Edusp, 2000.

PIANA, MC. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL, **Reforma Psiquiátrica e Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas**. Brasília,

2005.Disponívelem<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf.f.p.7> Acesso em: 02/12/2015.

SABBATINI, Renato. **A Descoberta das Drogas para Tratamento de Doenças Mentais.** Disponível em: <http://www.cerebromente.org.br/n21/history/drogas_p.htm> Acesso em 26/10/2015.

SEIXAS, André, MOTA, André e ZILBREMAN, Monica. **A origem da Liga Brasileira de Higiene Mental e seu contexto histórico.** Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n1/v31n1a15.pdf>> Acesso em: 20/11/2015.

TOTINO, Mariana. **Vírus corporativo se espalha pelo mercado de trabalho.** Disponível em:<<http://puc-riodigital.com.puc-rio.br/Texto/Saude/Virus-corporativo-se-espalha-pelo-mercado-de-trabalho-16736.html#.Vj6l6LerSUk>> Acesso em: 07/11/2015.

VASCONCELOS, Eduardo. **Saúde Mental e Serviço Social: O Desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** São Paulo, Cortez, 2000.

ANEXOS

ANEXO 1

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA – Assistente social (1)

- 1) Em que ano você graduou-se bacharel em Serviço Social e há quanto tempo atua como profissional da área? Há quanto tempo trabalha na unidade (NAPS I)?

R- Assistente Social - *Eu me graduei em 2012. Não, desculpa! 2002. Eu atuo na área desde 2005. Em 2006 eu trabalhei numa ONG, num abrigo, Lar Santo Expedito. Trabalhei por quase um ano, e trabalho como assistente social aqui no NAPS I da Saúde Mental da Prefeitura de Santos há oito anos. Desde que estou na prefeitura estou no mesmo local: na saúde mental.*

- 2) Algumas das atribuições do assistente social na instituição são a triagem e o plantão. Qual é a demanda mais frequente nestes tipos de atendimentos? Há demanda por medicação?

R- Assistente Social- *Nos atendimentos de triagem e plantão que é um atendimento que todos... Esse é um trabalho multiprofissional , seria interdisciplinar, na verdade, em que eu, psicólogo, terapeuta ocupacional, enfermeiro, nós fazemos alguns atendimentos inclusive como triagem e plantão. A demanda mais frequente que aparece envolve medicação sim. As pessoas trazem muito depressão, sofrimento por depressão, e aparece também síndrome do pânico, ansiedade. Isso aparece muito nesse tipo de atendimento. Ai, desculpa! É que eu to pensando junto triagem e plantão. Mas assim, isso que eu falei tem muito a ver com a triagem. E o plantão é onde aparece também muito mais essa questão da medicação. É que, claro, se a pessoa já está fazendo uso é importante pra ela, mas por trás , quando ela está trazendo a necessidade do remédio durante o atendimento, eu costumo observar que tem questões da realidade , que a pessoa está vivenciando. É como se ela tivesse... Fica claro muitas vezes que, através do remédio ela procura encobrir com a medicação questões que ela esta vivenciando que são difíceis mesmo, desde um luto, mas muitas vezes é a vulnerabilidade social, familiar, filho no tráfico, é o desemprego.*

3) Qual sua visão sobre a medicalização dos pacientes com base na sua vivência?

R- Assistente Social - Eu ate já comecei falando um pouquinho disso, na anterior. É...com base minha vivência pessoal ou na vivência do paciente? Ah! Com base na minha vivência profissional! Então, eu trabalho oito anos aqui. Infelizmente eu observo e, meus outros colegas técnicos também, que o uso da medicação é, de certa forma, indevido. Não sei se a palavra é indevido, mas assim, as pessoas, como eu falei agora há pouco, acabam se utilizando da medicação pra aliviar as dores de uma situação vulnerável que está vivendo. E também, muitas vezes, ela só fica na medicação e não utiliza de outros recursos ou não tem acesso, ou talvez não compreenda, dentro do que está vivendo, a necessidade de outro recurso que ela pode utilizar e que ela deve utilizar... Terapêuticos. Desde algum tipo de terapia, de atividades terapêuticas. Desde uma simples caminhada até uma atividade em centro comunitário, que ofereçam respectivas atividades que ela pode obter uma melhora nesse sofrimento que ela está vivenciando. Porque muitas vezes as pessoas estão fazendo uso da medicação e de uma forma, inclusive, seja por conta própria porque às vezes excede na medicação, seja pela queixa que ela faz pro médico e aí ele aumenta o remédio e a pessoa fica, de certa forma, mais em casa, mais inerte. E mais, de certa forma, dependente daquele remédio. Dependente emocionalmente do remédio. Então eu observo que isso... Essa falta de um controle no tratamento. Nós procuramos, técnicos, no caso, o assistente social, dentro dos nossos atendimentos, trabalhar, mesmo que seja num plantão, trabalhar um pouco com a pessoa outras alternativas que não sejam somente a medicação, alias, só lembrando, o trabalho em saúde mental, o trabalho interdisciplinar, o objetivo é esse, mas assim: enquanto assistente social, pela própria perspectiva da minha profissão, eu procuro sim atender o paciente de uma forma que ele... Tentar, né, mesmo que seja um atendimento rápido, que ele possa refletir sobre ... que ele não foque tanto só na medicação que é o que a gente busca, e não acaba acontecendo, mas é isso que a gente busca: refletir sobre a história de vida dele, sobre as possibilidades de autonomia que ele tem de fazer algumas mudanças no tratamento dele, que não fique somente na medicação. Dando outras possibilidades e direitos, inclusive possibilidades que ele tem mesmo com a dificuldade que ele está vivenciando de dar um outro sentido pra sua vida, um outro rumo pra esse tratamento, que não foque somente na medicação, mas nas possibilidades que ele tem de

melhorar daquele sofrimento que ele vem passando não apenas com remédio, mas com outros recursos.

- 4) Há usuários que você acompanha que diminuíram a quantidade de medicação ingerida? Houve contribuição do Serviço Social neste processo? Qual?

R) Assistente Social - Eu não sei falar nesse momento em números. Não tenho, mas já aconteceu sim, mas em número muito reduzido, paciente que já diminuiu a quantidade de medicação. Só que um número muito reduzido pra uma possibilidade que eu sei que há, que existe se não só o Serviço Social, mas todos os outros profissionais também conseguirmos rever a forma que nós trabalhamos, eu creio que possa reduzir muito mais sim. É, houve contribuição. Eu creio que ela se deu de uma forma... Acho que como eu falei até um pouco na pergunta anterior: nos atendimentos individuais é que houve essas conversas essas reflexões quanto as outras alternativas para o tratamento e também, um contato, uma conversa um pouco mais próxima com o médico que acompanha o paciente, porque ele é quem faz essa medi... e também pode reduzir essa medicação. Mas assim, na medida que a pessoa...estou até lembrando de um caso aqui como exemplo: Ela foi retomando um pouco as rédeas da vida dela, vamos dizer assim. Ela não estava trabalhando, ela não tinha condições de trabalhar. Aí ela foi se fortalecendo através de uma terapia que ela fez em outro local aqui, fora do NAPS, voltando a estudar e aí ela, após os atendimentos e esse acompanhamento, e claro, se empoderando um pouco mais, ela retomou também o trabalho dela e, conseqüentemente, a medicação foi diminuindo. Mas ainda é uma quantidade mínima dentro da possibilidade que deve ter para a pessoa diminuir ou sair da medicalização. Até porque, lembrando, NAPS é, são para atendimento de pacientes com comprometimentos mais graves de saúde mental e nós aqui atendemos pacientes também com sofrimentos mais, a gente usa o termo leve, É... que são mais leves que muitas vezes vem por questões, por sofrimentos que são de determinados períodos de sua vida, que estão vivenciando algo mais difícil, lembrando: o luto, uma separação conjugal, um desemprego.

- 5) “Segundo estudo sobre transtornos mentais feito pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (16/05/2014), 19,9% da população da grande São Paulo sofre de algum transtorno de ansiedade,

como síndrome do pânico, enquanto 2,2 milhões, ou 11%, convivem com depressão. Os dados apontam índices de transtornos mentais equivalentes aos de regiões em guerra. Os episódios que desencadearam os transtornos mentais vão desde ser vítima de assalto até presenciar a morte de alguém, incluindo tentativa de homicídio e abuso sexual”. Como você compreende o processo de medicalização do social neste contexto?

R) Assistente Social - Então, esses dados... Fica muito claro também no público que nós atendemos aqui, que vejo aqui no NAPS, e o processo de medicalização, deve, deveria estar mais próximo nesses casos com o cuidado também dos outros profissionais, não só no caso da minha profissão e estarmos mais próximos através dos atendimentos dessas pessoas para que a medicação não seja o principal nesse momento em que a pessoa está vivendo. Ela é importante por conta dos sintomas que estão aparecendo no momento pra amenizar o sofrimento, mas não seja a prioridade no tratamento e, infelizmente o que acaba acontecendo é que a medicação acaba sendo a prioridade. É importante estarmos junto com o paciente. Eu até posso estar sendo repetitiva, mas colocando pra ele as outras alternativas, as outras possibilidades porque ele precisa cuidar desses sentimentos, desse sofrimento também com terapias, com psicólogo sim também, mas com outras terapias, que existem várias outras alternativas, inclusive também atividades físicas e que ele não fique somente na medicação.

- 6) De acordo com sua experiência diária, quais são os fatores mais recorrentes que contribuem para o desencadeamento da doença e/ou interferem no progresso do tratamento?

R) Assistente Social - Então, eu vou responder essa pergunta considerando o que eu compreendi da proposta da pesquisa e até do que já foi citado aqui, que quando fala de doença, são várias doenças, desde as mais, que eu costumo colocar, que são mais graves e as mais leves. É que não são leves, assim: aquelas que eu vou considerar, como foi dito, como: síndrome do pânico, a ansiedade, a depressão, e os fatores que mais contribuem aqui que eu observo pra desencadear são a vulnerabilidade social, que compreende: a baixa renda, o desemprego. O que acontece muito e que eu vejo é a precarização do trabalho, do emprego, do bico, que é a palavra que eles usam muito aqui. Faz um bico de diarista, auxiliar de serviços gerais... E a renda para manutenção dessa pessoa é

mínima. Então essa condição social vai desencadeando nas pessoas um adoecimento e também a questão das drogas, de tráfico, de dependência química. Elas estão assim cada vez mais em proporção maior e isso gera sofrimento, ou pela pessoa, o paciente fazer uso da droga, estar no tráfico, mas muitas vezes que eu tenho observado é o familiar: é a mãe, é o filho que tem a mãe ou o pai na dependência química. E isso também contribui para o desencadeamento da doença: a condição social e o luto. Mas o maior mesmo é a vulnerabilidade social.

7) Além de consultas médicas e distribuição de medicação, quais são os outros serviços/atividades promovidos pelo NAPS I como parte do tratamento que envolve o contexto social do usuário?

R) Assistente Social - Além de consulta e medicação aqui na unidade, para os pacientes que estão em Hospital Dia (HD) que vêm durante o dia, são colocadas algumas atividades: desde caminhada no horto com acompanhante terapêutico (AT), o Arte no Dique, fora aqui da comunidade, que eles fazem, entre as atividades que eles realizam lá: a com instrumentos musicais. Aqui na unidade, atividade também de cinema, que tem sido mais recente, porque essas atividades são desenvolvidas pelos diversos técnicos, profissionais, não só pelo assistente social. Eu também costumo fazer oficina, que no momento não estou realizando que tem a ver com a parte lúdica e de artes: dinâmica de teatro, poema e poesia com essa parte lúdica. Deixa eu ver... Tem também atividades com TO (Terapeuta Ocupacional) e estagiários também, que não sei dizer qual atividade, e também com um grupo que a psicóloga realiza.

8) Os usuários que retiram sua medicação na farmácia participam de alguma outra atividade? Quais com o Serviço Social?

R) Assistente Social - Não existe uma atividade específica com o Serviço Social. Existe os atendimentos que são realizados. Conforme a demanda que a pessoa traga que seja do Serviço Social, ou é uma grande maioria relacionada a Previdência Social, benefício, ou de orientação sobre o LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social), o BPC (Benefício de Prestação Continuada). O LOAS não, o BPC... E agora são orientados a participar de grupo, roda de conversa, também sim, que aí eu realizo, enquanto assistente social, eu faço no AMBESP. Uma atividade específica do Serviço

Social com os pacientes de ambulatório não existe. Existem os atendimentos individuais.

- 9) A questão da medicalização é abordada pela equipe multiprofissional? De que forma?
- R) Assistente Social - Há uma grande preocupação, vamos dizer, de nós profissionais, da equipe, com essa questão sim da medicalização do paciente e a gente costuma discutir isso, conversar sobre isso durante reunião ou passagem de plantão, que acontece todos os dias. A gente faz passagem de plantão técnico: o profissional que tava de plantão, então... a gente acaba discutindo alguns casos de algum paciente da unidade e aí a gente acaba discutindo algo sobre medicalização, que muitas vezes a gente compreende, percebe o uso excessivo e o tempo que a pessoa já está fazendo uso desse remédio e ela não se utiliza de outros recursos do NAPS, enfim, então nós discutimos isso em equipe. Não é algo assim: Ah, toda semana vamos discutir! Mas durante algumas discussões de caso, essa questão da medicalização, dessa preocupação com o excesso de medicação, com o tratamento focado na medicação, isso é algo que a equipe costuma tratar. Costuma abordar esse assunto bem.*

TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA – Assistente social (2)

- 1) Em que ano você graduou-se bacharel em Serviço Social e há quanto tempo atua como profissional da área? Há quanto tempo trabalha na unidade (NAPS I)?
- R) Assistente Social – Me graduei em 2011, no mês de junho. Então tem três anos e meio. Já atuei um ano e meio antes de vir pro município de Santos. Aqui eu já estou há um ano e meio, na unidade do NAPS.*
- 2) Algumas das atribuições do assistente social na instituição são a triagem e o plantão. Qual é a demanda mais frequente nestes tipos de atendimentos? Há demanda por medicação?
- R) Assistente Social – Quase cem por cento. A maior demanda é por medicação e muito pouco, tipo, cinco por cento vem à procura de psicólogo, tratamento de psicologia.*

- 3) Qual sua visão sobre a medicalização dos pacientes com base na sua vivência?

R) Assistente Social – A minha vivência é pequena, mas eu acredito que daria, em alguns períodos da vida dessas pessoas, pra diminuir. Diminuir um pouquinho, mas dá sim!

- 4) Há usuários que você acompanha que diminuíram a quantidade de medicação ingerida? Houve contribuição do Serviço Social neste processo? Qual?

R) Assistente Social – Sim! Houve sim! A contribuição minha nesse processo, exatamente, foi passar pro médico que a medicação estava fazendo mal, o que ele estava sentindo, e nesse contexto, o médico cortou alguma medicação.

- 5) “Segundo estudo sobre transtornos mentais feito pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (16/05/2014), 19,9% da população da grande São Paulo sofre de algum transtorno de ansiedade, como síndrome do pânico, enquanto 2,2 milhões, ou 11%, convivem com depressão. Os dados apontam índices de transtornos mentais equivalentes aos de regiões em guerra. Os episódios que desencadearam os transtornos mentais vão desde ser vítima de assalto até presenciar a morte de alguém, incluindo tentativa de homicídio e abuso sexual”. Como você compreende o processo de medicalização do social neste contexto?

R) Assistente Social – Eu compreendo que, por um período é necessário, mas tem que ser feito em paralelo com terapias, outras atividades. Pode ser até fora do NAPS, porque o medicamento não vai resolver o problema se a pessoa tomar a medicação e ficar dentro de casa.

- 6) De acordo com sua experiência diária, quais são os fatores mais recorrentes que contribuem para o desencadeamento da doença e/ou interferem no progresso do tratamento?

R) Assistente Social – De acordo com a pouca experiência que eu tenho, o que tem interferido muito no progresso do tratamento é que o paciente quando se sente um pouquinho melhor, ele mesmo dá alta pra si e não retorna no médico. Não pára o remédio como tem que ser feito: progressivamente. Isso atrapalha um pouquinho o tratamento. Aliás, pouquinho não, muito! Agora, quais os fatores recorrentes que contribuem para o desencadeamento da doença? Eu acredito que isso é o social. O

social em que a pessoa vive, a situação financeira, a palafita. Isso daí adoece qualquer pessoa.

- 7) Além de consultas médicas e distribuição de medicação, quais são os outros serviços/atividades promovidos pelo NAPS I como parte do tratamento que envolve o contexto social do usuário?

R) Assistente Social – Existem algumas atividades como passeio no Horto, que é Jardim Botânico. São poucas. No momento eu acredito que está pouco ainda. Poderia ser mais pra diminuir o remédio, substituir por outras terapias, outras alternativas. Poderia ser melhor se a gente tivesse a parceria da família porque aí essa família acompanharia e aí traria mais resultado.

- 8) Os usuários que retiram sua medicação na farmácia participam de alguma outra atividade? Quais com o Serviço Social?

R) Assistente Social – eles não participam, visto que eles já estão em ambulatório, mas tem o atendimento do Serviço Social no plantão, que é pra auxiliar em qualquer assunto que se refere ao social. Qualquer assunto que ele precisar de uma orientação do assistente social, ele pode procurar no plantão.

- 9) A questão da medicalização é abordada pela equipe multiprofissional? De que forma?

R) Assistente Social – É bastante abordada. De uma forma que demonstra que está trazendo um desconforto pra que a gente pense numa maneira de mudar isso, mas é uma questão muito enraizada, então não é tão fácil porque envolve muito o médico. É uma conduta médica. Então a cultura ainda está muito enraizada pra medicação. A forma que a gente discute isso é em reuniões...e as nossas inquietações, mas nenhuma ação que vá discutir isso com os médicos.

ANEXO 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE (Técnicos e Profissionais das Instituições)

Nome da participante: _____
 Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Idade: ____
 Doc. identidade: Tipo: _____ Nº _____
 Sexo: M () F ()
 Endereço: _____
 Bairro: _____ Cidade _____ Estado: _____
 CEP: _____ Fone: _____

EU, acima qualificada ACEITO CONVITE E CONCORDO em participar da pesquisa **“A atuação do assistente social na perspectiva da não medicalização da Questão Social”**, coordenada pela pesquisadora **Érica Antonio de Souza**, do curso de Serviço Social da Universidade Federal de São Paulo - Campus Baixada Santista e orientada pela **Profa. Dra Silvia Maria Tagé Thomaz**, pertencente ao quadro docente UNIFESP/Baixada Santista. Estou ciente de que este material será utilizado para apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso observando os princípios éticos da pesquisa científica e seguindo procedimentos de sigilo e discrição.

Ao ser convidada a participar, explicaram-me que:

1. O objetivo desta pesquisa é analisar a atuação do assistente social a fim de identificar ações que contribuam para a não medicalização da Questão Social.
2. O procedimento de coleta de informações consta de entrevista não diretivas;
3. Explicaram-me que a(s) pesquisadora(as) garantirão o sigilo absoluto quanto a minha identidade, minhas informações, sob sua responsabilidade e as penas sob previstas na Lei brasileira. Ao término da pesquisa os arquivos utilizados na gravação serão destruídos;
4. Sei que minha participação é livre não importando quaisquer prejuízos pessoais, e que não implica quaisquer tipos de recebimento de remuneração, auxílio ou subsídio, também sei que não tenho o dever de pagar por minha livre participação;
5. Estou ciente de que poderei, a qualquer momento, desistir da participação, sem que isso implique responsabilização, ou o cancelamento dos serviços oferecidos por esta instituição;
6. Terei o direito de me dirigir, a qualquer momento, a(s) pesquisadora(as) e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, para os esclarecimentos sobre dúvidas que surgirem durante a pesquisa, tendo portanto o direito à informação pela pesquisadora principal Dra. SILVIA MARIA TAGÉ THOMAZ que pode ser encontrada na Rua Silva Jardim 136 - Vila Mathias- Santos, assim como se dirigir ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP, sito na Rua Botucatu, 572, 1º andar cj 14 - CEP 04023-061 - São Paulo, telefone (11) 5571.1062.;

1. O estudo não envolve riscos.
2. Por fim, receberei uma cópia deste documento DEVIDAMENTE RUBRICADOS E ASSINADOS com os nomes e telefones de contato da pesquisadora e do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP/BS.


Declaro que concordo LIVREMENTE em participar desta pesquisa, pois fui totalmente esclarecida pela pesquisadora e entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação neste estudo.

Santos, de de 2015. .

Assinatura da participante

Pesquisadora Responsável
Érica Antonio de Souza
Tel. (13) 997217951
E-mail: souzaerica84@bol.com.br

Orientadora
Profa. Dra. Silvia Maria Tagé Thomaz
E-mail: silviamtt@uol.com.br

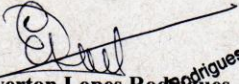
ANEXO 3**Autorização da Pesquisa**

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS
Estância Balneária
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Santos, 27 de agosto de 2015.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a Secretaria Municipal de Saúde de Santos, por meio da Coordenadoria de Formação e Educação Continuada em Saúde, concorda que Profa. Dra. Silvia Maria Tagé Thomaz, pesquisadora responsável pela aluna Érica Antonio de Souza, realize a pesquisa **“A atuação do assistente social na perspectiva da não medicalização da questão social no NAPS I de Santos”**, após análise e parecer favorável dos órgãos competentes.


Everton Lopes Rodrigues
Coordenador de Formação e Educação Continuada
COFORM-SEC

Rua XV de Novembro nº 195 – 5º andar – Centro – Santos/SP – CEP: 11.010-151
Tel.: (13) 3201-5000 ramal: 5651

ANEXO 4

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Cadastro efetuado em: 20/10/2015
CPF: 78303109804

No. CEP:

No. CAAE:

NOTA TÉCNICA:

RELATOR:

CADASTRO CEP/UNIFESP

CPF

78303109804

CARACTERÍSTICA

Prospectivo

TÍTULO DO PROJETO

A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA PERSPECTIVA DA NÃO MEDICALIZAÇÃO DA QUESTÃO SOCIAL
NO NAPS I DE SANTOS

PESQUISADOR

Sílvia Maria Tagé Thomaz

CELULAR

(13) 99747-4000

E-MAIL

silviamti@uol.com.br

TITULAÇÃO ATUAL

Doutorado

DISCIPLINA/DEPARTAMENTO

Departamento de Gestão e Cuidados em Saúde

CAMPUS

Santos

A PESQUISA FARÁ USO DO HOSPITAL SÃO PAULO OU DE ALGUM DOS SEUS
AMBULATÓRIOS?

Não

OBJETIVO ACADÊMICO DO PROJETO

Graduação

TEM PATENTE?



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Não
TEM PATROCÍNIO?
Ausente
ESPECIFICAÇÃO DO PATROCINADOR
ORIENTADOR
Silvia Maria Tagé Thomaz
E-MAIL DO ORIENTADOR
silviamtl@uol.com.br
RESP. DEPTO/DISC
Maria Fernanda Frutuoso
E-MAIL DO RESP. DEPTO/DISC
fernanda.frutuoso@unifesp.br
RESUMO DO PROJETO
O projeto se propõe a entender como tem se dado a atuação do assistente social do NAPS I de Santos na perspectiva da não medicalização da Questão Social e a partir da proposta da reforma psiquiátrica da qual fez parte a criação dos NAPS e CAPS. Através da análise da totalidade da realidade, o projeto buscará identificar ações deste profissional na instituição que contribuam para o processo de tratamento do usuário, seus limites e possibilidades neste processo.
ORÇAMENTO - TOTAL DE GASTOS PREVISTOS (R\$)
3.340,00

ASSINATURAS



 Silvia Maria Tagé Thomaz
 CPF: 78303109804
 PESQUISADOR RESPONSÁVEL

São Paulo ____/____/____



 Silvia Maria Tagé Thomaz
 ORIENTADOR



 Maria Fernanda Frutuoso
 CHEFE DO DEPTO/DISC

ATENÇÃO:

Prof.ª Dra. Maria Fernanda Frutuoso
 SIAPE 15.726.673
 Chefe
 Departamento de Gestão e Avaliação em Saúde
 UNIFESP - Campus São Carlos

